

Année 1904

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 19 Mai 1904, à 1 heure

PAR

Charles MANTOUX

INTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

LA SYPHILIS NERVEUSE LATENTE

ET LES

STIGMATES NERVEUX DE LA SYPHILIS

PRÉSIDENT : M. HUTINEL, Professeur.

JUGES	{	MM. DIEULAFOY; JOFFROY, MÉRY, Agrégé.	}	Professeurs.
-------	---	---	---	--------------

PARIS

LIBRAIRIE MÉDICALE ET SCIENTIFIQUE
JULES ROUSSET

1, RUE CASIMIR-DELAVIGNE ET RUE MONSIEUR-LE-PRINCE, 12
(Anciennement 36, rue Serpente)

1904

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

	Doyen.	M. DEBOVE.
	Professeurs.	MM.
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		CH. RICHET.
Physique médicale.		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.		BOUCHARD.
Pathologie médicale		HUTINEL.
		BRISSAUD.
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL.
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		BERGER.
Pharmacologie et Matière médicale		POUCHET.
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		N....
Médecine légale		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE.
Pathologie comparée et expérimentale.		CHANTEMESSE
		DEBOVE.
Clinique médicale.		LANDOUZY.
		HAYEM.
		DIEULAFOY.
Clinique des maladies des enfants.		GRANCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GAUCHER.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		JOFFROY.
Clinique des maladies du système nerveux		RAYMOND.
		TERRIER.
Clinique chirurgicale.		DUPLAY.
		LE DENTU.
		TILLAUX.
Clinique ophtalmologique		LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires		GUYON.
Clinique d'accouchement.		PINARD.
		BUDIN.
Clinique gynécologique		POZZI.
Clinique chirurgicale infantile.		KIRMISSON.

Agrégés en exercice.

MM.	DESGREZ.	LAUNOIS.	RIEFFEL, chef
ACHARD.	DUPRE.	LEGRY.	des trav. anat.
AUVRAY.	FAURE.	LEGUEU.	TEISSIER.
BEZANÇON.	GILLES DE LA	LEPAGE.	THIERY.
BONNAIRE.	TOURETTE.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA (AUG.).	GOSSET.	MAUCLAIRE.	THOINOT.
BROCA (ANDRÉ).	GOUJET.	MERY.	VAQUEZ.
CHASSEVANT.	GUIART.	POTOCKI.	WALLICH.
CUNEO.	HARTMANN.	REMY.	WALTHER.
DEMELIN.	JEANSELME.	RENON.	WIDAL.
	LANGLOIS.	RICHAUD.	WURTZ.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON MAITRE ET PRÉSIDENT DE THÈSE
MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

Membre de l'Académie de Médecine

(Internat, 1903)

A MES MAITRES D'INTERNAT

M. le Docteur GIRAudeau, }
M. le Docteur THIROLOIX, } 1899.
M. le Docteur SIREDEY, 1901.
M. le Docteur BROcq, 1902.

A MES MAITRES D'EXTERNAT

M. le Docteur RICHELot, 1897.
M. le Docteur MATHIEU, 1898.

A MES MAITRES DANS LES LABORATOIRES

MM. ROUX et METCHNIKOFF, GOMBAULT,
DOMINICI.

A MESSIEURS LES DOCTEURS

DEMOULIN, GALLOIS, SOUPAULT, VEILLON,
SULZER.

INTRODUCTION

Syphilis et système nerveux **Syphilis nerveuse latente**

Les affinités de la syphilis pour le système nerveux ont été longtemps ignorées : John Hunter pouvait écrire, à la fin du dix-huitième siècle, que jamais la syphilis ne produisait d'affections internes, et, si quelques faits isolés avaient été publiés çà et là, il faut aller jusqu'en 1834 pour trouver un travail sérieux, celui de Lallemand, sur les localisations nerveuses de la syphilis.

Dès lors les observations se multiplient ; on individualise peu à peu les différentes formes de la syphilis nerveuse. Ce travail immense se poursuit encore à l'heure actuelle ; et l'on peut distinguer, dans son histoire, un certain nombre de périodes.

PREMIÈRE PÉRIODE

Dans une première phase l'on observe et l'on décrit des lésions proprement syphilitiques ayant leur siège dans le tissu nerveux. — Ce sont des gommes du

cerveau, de la moelle ou de leurs enveloppes; ce sont des artérites. Ces lésions présentent un double caractère : elles guérissent ou s'améliorent par le traitement spécifique; leur aspect macroscopique, leur structure microscopique sont ceux des lésions syphilitiques communes.

Point de discussion possible à leur égard; anatomo-pathologistes, cliniciens, thérapeutes, tombent d'accord pour y voir des déterminations légitimes de la syphilis, particulières par leur localisation, mais, d'ailleurs, parfaitement comparables à ses autres manifestations viscérales ou cutanées.

SECONDE PÉRIODE

TABES ET PARALYSIE GÉNÉRALE

Les travaux du professeur Fournier sur la période préataxique du tabes et sur les affections parasymphilitiques, en montrant les rapports étroits qui unissent le tabes, d'une part; la paralysie générale, d'autre part, avec la syphilis, marquent le début d'une seconde période.

Dès lors les syphiligraphes, les neurologistes du monde entier s'appliquent à résoudre les questions, si nombreuses, si complexes, qui se rattachent au problème suivant : le tabes, la paralysie générale sont-ils d'origine et de nature syphilitiques?

Nous ne reprendrons pas la question dans ses détails. Il nous faut cependant rappeler, car elles ont une extrême importance au point de vue qui

nous occupe, les conclusions auxquelles sont arrivés neurologistes et syphiligraphes.

*
**

Le tabes. — Pour le tabes, la question paraît jugée : dans l'immense majorité, probablement dans la totalité des cas, la syphilis est à l'origine de la maladie.

Rappelons simplement quelques-uns des arguments, et quelques-unes des statistiques qui ont contribué à asseoir cette opinion.

Les *statistiques générales* varient considérablement suivant les auteurs qui les ont établies. Elles varient surtout suivant l'époque où elles ont été faites, et, lorsqu'un même auteur a produit des statistiques successives, les plus récentes ont toujours démontré, avec une fréquence plus grande que les anciennes, la syphilis dans les antécédents des tabétiques.

En d'autres termes, à mesure que la doctrine de l'origine syphilitique du tabes s'est répandue et affirmée, on a cherché avec plus d'attention la syphilis dans les antécédents des tabétiques, et on l'y a trouvé plus souvent.

C'est ainsi qu'en 1878 Eulenburg (1), sur 149 tabétiques, ne notait qu'un syphilitique et qu'en 1885, il produisait une statistique nouvelle avec 22 0/0 de tabétiques syphilitiques — que, dans les statistiques

(1) Cité, ainsi que les suivants, par Nonne : *Syphilis und Nervensystem*, Berlin, Karger 1902 (p. 317).

successives de Berger, leur nombre monte de 20 à 430/0 — dans celles de Bernhardt, de 21 à 60 0/0 — dans celles d'Oppenheim, de 17 à 80 0/0 — et que les statistiques récentes d'Erb, de Gowers, de Strumpell, de Déjerine, de Fournier, donnent respectivement sur 100 tabétiques une proportion de 89, 70, 90, 97, 90, 93 syphilitiques avérés.

Ces rapports étroits se retrouvent quand on étudie la *répartition du tabes et de la syphilis* :

1° *Au point de vue géographique.* — Tabes et syphilis sont rares à la campagne, fréquents à la ville ; également inconnus dans certains pays (Islande).

2° *Au point de vue ethnique.* — Dans une même contrée, en Russie (Minor, 1888), la syphilis est beaucoup plus rare chez les Juifs que dans le reste de la population : sur 696 Juifs atteints d'affections nerveuses, 6 seulement, soit 0,80/0 sont tabétiques ; sur 4.700 non-Juifs, 137, soit 2,90/0.

3° *Au point de vue des professions.* — Les marins, militaires, voyageurs, très syphilités, sont très fréquemment tabétiques ; les prêtres, les religieuses, chez qui la syphilis est d'une extrême rareté, sont exceptionnellement atteints de tabes. Sur 3.000 tabétiques hommes Krafft-Ebbing ne compte qu'un seul prêtre, d'ailleurs syphilitique.

4° *Au point de vue de l'âge.* — En règle, le tabes survient (Erb, Fournier) de six à quinze ans après l'accident primitif. Or, le tabes débute, en général, entre 30 et 45 ans, alors que la plupart des syphilis s'ac-

quièrent entre la vingtième et la trente-cinquième année. Les exceptions confirment la règle; presque tous les cas observés de tabes juvénile avaient comme origine, soit une infection précoce, soit une infection héréditaire, et presque tous les cas de tabes à début tardif, une infection tardive.

5° *Au point de vue, enfin, de la fréquence des tabes conjugaux, de la coïncidence chez l'un des conjoints d'accidents spécifiques, chez l'autre de tabes, et de la stérilité relative des ménages où l'un des conjoints est tabétique.*

*
**

Si l'on retrouve avec une fréquence extrême la syphilis dans les antécédents des tabétiques, on a remarqué, par contre, et c'est là un des arguments les plus probants que l'on ait donnés en faveur de l'origine syphilitique du tabes, que JAMAIS, POUR AINSI DIRE, UN TABÉTIQUE NE CONTRACTAIT LA SYPHILIS. Cette immunité spéciale ne peut s'expliquer que par une infection antérieure, et les cas rarissimes (il n'en existe que deux ou trois d'authentiques) où l'on a observé un tabétique porteur d'un chancre peuvent, à la rigueur, s'expliquer par une réinfection.

*
**

A cette masse écrasante d'arguments et de faits, LES ADVERSAIRES — de plus en plus rares — DE L'ORIGINE SYPHILITIQUE DU TABES, n'opposent que des cas isolés, et des raisons aisément réfutables.

C'est ainsi qu'on a invoqué la *rareté du tabes par rapport à la syphilis* : il en va de même pour la paralysie radiale chez les saturnins, ou pour les névrites périphériques chez les alcooliques.

On a fait remarquer que, *parmi les prostituées, le tabes était aussi rare que la syphilis est fréquente*, sans tenir compte que beaucoup de filles publiques meurent jeunes, ou, forcées, quand elles vieillissent, d'abandonner leur premier état, ne deviennent tabétiques qu'après avoir renoncé à la prostitution.

Il serait oiseux de ressasser ainsi des arguments sans valeur, et nous avons hâte d'en arriver à deux beaucoup plus sérieux : la *non-spécificité des lésions tabétiques*, et leur *non-curabilité par le traitement antisypilitique*.

On pourrait discuter longuement ces questions, actuellement encore controversées, et que des recherches récentes ont remises à l'ordre du jour.

Il suffit, pour ramener le *critérium anatomo-pathologique* à sa juste valeur, de rappeler pendant combien de temps les anatomo-pathologistes ont nié l'unité de la tuberculose, affirmée par les cliniciens ; il suffit pour répondre à l'*argument thérapeutique* de rappeler que les médications les plus nettement spécifiques, le sérum de Roux-Behring, la quinine sont sans action sur les névrites diphtériques ou malariques, lésions nerveuses consécutives à des maladies infectieuses, et dont la connexion avec celles-ci ne saurait faire aucun doute.

*
* *

Mais il ne faut pas se contenter d'écarter les objections tirées de l'anatomie pathologique. On doit tâcher d'interpréter ces faits : et c'est ici qu'interviennent les théories sur la NATURE DES RELATIONS ENTRE LE TABES ET LA SYPHILIS.

Deux conceptions sont en présence :

1° Celle des auteurs qui, comme Fournier, considèrent comme acquise l'absence des deux critères anatomo-pathologique et thérapeutique, et qui classent le tabes parmi les *affections parasymphilitiques*, d'origine, mais non de nature syphilitique, affections dues à une modification du terrain organique par le virus syphilitique : telles l'hydéro-syphilis, la leucoplasie buccale, les troubles dystrophiques de l'hérédosyphilis, etc. etc.

2° Celle des auteurs qui attribuent le tabes à une *action directe de la syphilis*.

Anatomo-pathologistes, ils reconnaissent les lésions habituelles de la syphilis là où leurs prédécesseurs les avaient niées : M. Nageotte fait du tabes une méningite syphilitique postérieure prédominant au point d'émergence des racines sensibles et motrices, et les attaquant à ce niveau. MM. Marie et Guillaumin considèrent le tabes comme une altération syphilitique du système lymphatique postérieur de la moelle.

Cliniciens et thérapeutes, ils admettent, avec Dinckler, Babinski, Grasset, Lemoine, Barthélemy, Leredde, une action très marquée de la cure mer-

curielle sur le processus tabétique, qu'elle peut enraye, et dont elle peut faire rétrocéder les symptômes.

..

Le problème est donc double, et se pose de la façon suivante : la syphilis est-elle la cause nécessaire du *tabes* ? Par quel mécanisme lui donne-t-elle naissance ?

a) LA SYPHILIS EST-ELLE LA CAUSE NÉCESSAIRE DU *TABES* ? — Oui, dans l'immense majorité des cas.

Qu'il y ait à côté du *tabes* commun d'origine syphilitique des *tabes* exceptionnellement causés par d'autres infections ou intoxications cela n'est pas actuellement prouvé.

Aussi bien la question de l'existence, à côté du « *tabes syphilogène* » pour employer l'expression de Erb, de *tabes* non syphilogène restera sans doute longtemps ouverte. Le *tabes* ne désigne pas une entité morbide, comme le tétanos ou la diphtérie, nettement définis par leur agent pathogène : le *tabes* n'est qu'un ensemble, une expression anatomo-clinique. On a démontré ses étroites relations avec la syphilis, on ne pourrait démontrer ses relations nécessaires avec cette infection que si l'on trouvait d'une façon constante l'agent pathogène de la syphilis dans les lésions tabétiques, comme on trouve le bacille de Koch dans les pleurésies dites jadis à *frigore*.

Nous sommes, on le voit, loin de compte, et il faudra longtemps encore nous tenir sur le terrain de la clinique.

Celle-ci nous apprend d'ailleurs que, si la syphilis est la cause nécessaire du tabes, elle n'en est pas la cause unique, et que le nervosisme, les intoxications, les excès vénériens, le surmenage et, sans doute, beaucoup d'autres facteurs jouent leur rôle dans sa genèse.

b) PAR QUEL MÉCANISME LA SYPHILIS PRODUIT-ELLE LE TABES ? — Ici profond désaccord entre les partisans de la théorie du tabes affection parasyphilitique et les partisans de la théorie du tabes affection syphilitique légitime.

*
* *

La paralysie générale. — — On pourrait reprendre argument par argument la discussion étiologique que nous venons d'esquisser à propos du tabes.

Statistiques générales, statistiques suivant les contrées, les races, les professions, etc., etc., s'accordent à montrer les connexions étroites de la syphilis et de la paralysie générale.

Mais on se heurte fréquemment ici à une difficulté que l'on ne rencontre pas dans l'étude du tabes : l'insuffisance ou l'absence totale de l'anamnèse par suite de l'état mental des malades.

Aussi la question du degré de fréquence, ou de la constance de l'origine syphilitique de la paralysie

générale est-elle sensiblement moins avancée que celle du tabes. Notons seulement que la théorie de l'origine syphilitique de la paralysie générale gagne chaque jour du terrain, et rappelons la célèbre expérience de Krafft-Ebbing.

Krafft-Ebbing prend neuf paralytiques généraux chez qui il était impossible de déceler, soit par l'examen clinique, soit par les anamnétiques, l'existence de la syphilis, et les inculc avec les sécrétions virulentes de produits spécifiques : chancre induré et plaques muqueuses. Ses patients sont suivis pendant quatre-vingts jours, et ne présentent aucune manifestation.

Comment expliquer leur immunité, sinon par une atteinte antérieure ?

*
* *

Connexions entre le tabes et la paralysie générale. — Il est d'ailleurs actuellement admis par tous les neurologistes que tabes et paralysie générale présentent des connexions étroites. Il existe des formes cliniques intermédiaires ; plusieurs signes : inégalité pupillaire, signe d'Argyll-Robertson, abolition des réflexes tendineux, lymphocytose céphalo-rachidienne leur sont communs ; l'on trouve enfin très fréquemment (Nageotte), à l'autopsie des paralytiques généraux, des lésions de tabès au début, même chez des sujets qui n'en avaient point présenté de symptômes. Il apparaît donc de plus en plus que tabes et paralysie générale sont, non des entités

morbides limitées et fermées, mais des *modes de réaction du système nerveux à l'infection syphilitique*.

TROISIÈME PÉRIODE

SYPHILIS NERVEUSE LATENTE

C'est à l'étude de ces modes de réaction du système nerveux à l'infection syphilitique, isolés ou groupés, mais trop peu nombreux pour que l'on ait jamais pu songer à en constituer des entités morbides, que répond notre troisième période.

Les travaux de M. Babinski et de ses élèves sur le signe d'Argyll-Robertson chez les anciens syphilitiques, ceux de M. Widal et de ses élèves sur la ponction lombaire chez les syphilitiques, ceux de M. Sulzer sur les troubles pupillaires précoces dans la syphilis acquise, et toute une série d'autres sur lesquels nous aurons à insister longuement au cours de cette étude, sont venus singulièrement élargir la question des rapports de la syphilis avec le système nerveux.

Ils ont montré que le virus syphilitique a pour le tissu nerveux une sorte d'élection, et que les réactions nerveuses au cours de la syphilis sont d'une fréquence qu'on n'avait pas jusqu'alors soupçonnée.

Mais ici point de symptômes s'imposant bruyamment à l'attention du malade et du médecin. A côté de la syphilis cérébrale et médullaire classiques, à côté du tabes et de la paralysie générale, existe un

nombre immense de cas où la syphilis nerveuse reste *latente* et demande, pour être décelée, un examen clinique attentif ou la pratique d'une méthode spéciale, le cyto-diagnostic.

*
..

C'est cette *syphilis nerveuse latente* dont nous voudrions aborder l'étude. Elle a fait depuis quelques années l'objet de travaux très nombreux, portant chacun sur un point de son histoire. Nous tenterons ici d'en esquisser un tableau d'ensemble.

Nous verrons que son existence, sa fréquence, ses modalités, son évolution, soulèvent de très nombreux points de doctrine et de pratique. Et nous voudrions montrer qu'elle constitue souvent de véritables *stigmata nerveux de la syphilis*, aussi précieux pour le diagnostic clinique que telle exostose tibiale, ou telle cicatrice cutanée.

MÉTHODE SUIVIE

Nous avons suivi, au cours de cette étude, une double méthode.

D'une part, nous avons repris les travaux publiés par les divers auteurs ; d'autre part, nous nous sommes adressé directement à l'étude des malades.

C'est dans le service de notre maître, M. le docteur Brocq — à qui nous adressons ici nos vifs remerciements pour le bienveillant appui qu'il nous a constamment prêté — que nous avons entrepris ce travail.

Nous avons examiné systématiquement, au point de vue de leurs réactions nerveuses, toutes les malades syphilitiques (Broca est exclusivement réservé aux femmes) qui passaient dans le service.

Enumération des cas. — Nos recherches ont porté sur 173 malades syphilitiques.

L'infection remontait :

Chez 101, à moins d'un an. Beaucoup d'entre elles étaient tout au début de leur syphilis, et présentaient soit un accident primitif, soit une roséole.

Chez 16 à moins de 2 ans ;

Chez 6 à moins de 3 ans ;

Chez 12 à moins de 5 ans ;

Chez 8 à moins de 10 ans ;

Chez 6 à plus de 10 ans.

Enfin, la date de l'infection était impossible à déterminer :

Chez 24 malades présentant des accidents appartenant à la période secondaire.

Chez 5 présentant des accidents appartenant à la période tertiaire.

Nous avons examiné, à titre de contrôle, 51 malades non syphilitiques, presque toutes atteintes de blennorrhagie, quelques-unes de chancres, de végétations, de gale ou de phthiriose.

Notons que le diagnostic clinique a été, dans tous les cas, contrôlé par M. le Dr Brocq.

Technique. — Chez chaque malade, nous avons

étudié l'état des pupilles, l'état des réflexes rotulien, achilléen et plantaire, relevé l'existence ou l'absence de céphalées, et pratiqué, dans certains cas, le cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien.

Pour la *pupille*, nous notions l'état des réflexes photo-moteur et accommodateur et l'existence de la moindre différence de diamètre entre les deux côtés. La recherche du réflexe photomoteur était faite à la lumière du jour, mais avec les précautions d'usage : occlusion de l'œil non examiné, éclairage latéral de la pupille relâchée par la fixation d'un objet éloigné. Lorsque nous soupçonnions la moindre anomalie, nous priions M. le docteur Sulzer — à qui nous adressons ici nos sincères remerciements — de bien vouloir contrôler nos constatations. M. Sulzer procédait alors à un examen ophtalmologique complet et nous en transmettait les résultats.

La recherche des *réflexes rotulien, achilléen et plantaire* était faite suivant le mode habituel. Systématiquement, nous n'avons pas tenu compte de leur intensité : comme le dit M. Babinski (1) : « à l'état normal il y a, comme on le sait, de grandes différences individuelles dans l'intensité des réflexes tendineux, qui, faibles chez certains sujets, sont tellement fort chez d'autres qu'ils peuvent sembler anormaux, exagérés. Il n'y a même pas de critérium absolument certain permettant de séparer à ce point de vue la physiologie de la pathologie. »

(1) Babinski. — De l'épilepsie spinale. Société de Neurologie, 15 janvier 1903.

Aussi avons-nous simplement signalé leur existence, ou leur abolition.

Quant au *cyto-diagnostic* nous l'avons pratiqué non chez tous nos sujets, mais uniquement chez ceux qui présentaient quelque anomalie du côté de leur système nerveux. Nous n'avons pas voulu, en effet, reprendre des recherches faites en même temps que les nôtres dans divers services, et en particulier dans le service voisin de M. le docteur Thibierge par M. P. Ravaut.

Nous avons d'ailleurs suivi exactement la technique de cet auteur (1).

*
* *

Pour *classer* avec quelque netteté les faits si divers qui constituent ce que nous appelons la syphilis nerveuse latente, nous lui avons appliqué, d'une façon sans doute arbitraire, mais qui nous a semblé commode, l'ordre classique que l'on suit pour étudier une entité morbide véritable.

Et c'est ainsi que nous verrons successivement ses *symptômes*, son *diagnostic*, son *pronostic*, sa *pathogénie*, son *anatomie pathologique*, et ses *indications thérapeutiques et prophylactiques*.

(1) P. Ravaut. Etude cytologique du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1903.

CHAPITRE I

SYMPTOMES

Les symptômes de syphilis nerveuse latente peuvent se rencontrer *isolés* ou *associés* chez un même sujet. Nous allons étudier d'abord les symptômes isolés, un par un, puis nous verrons de quelle façon ils peuvent se grouper, s'associer soit entre eux, soit avec d'autres manifestations spécifiques.

I. — SYMPTOMES ISOLÉS

I

Troubles pupillaires

Les troubles pupillaires occupent la première place parmi les phénomènes que nous avons à étudier.

On peut les diviser en trois groupes :

- A. Troubles des réflexes pupillaires ;
- B. Irrégularité pupillaire ;
- C. Inégalité pupillaire.

A. Troubles des réflexes pupillaires

Considérant l'extrême importance diagnostique des troubles des réflexes pupillaires, et en particulier du signe d'Argyll-Robertson, chez les tabétiques et les paralytiques généraux, M. Babinski a été amené à se demander si l'on ne pourrait pas trouver, chez les anciens syphilitiques, le signe d'Argyll-Robertson isolé, seul témoin d'une atteinte du système nerveux central par le virus spécifique.

Les faits ont pleinement confirmé cette hypothèse. Après M. Babinski, son élève Charpentier, puis un grand nombre d'auteurs, parmi lesquels nous citerons MM. Cestan et Dupuy-Dutemps, Dufour, Rochon-Duvignaud et Jean Heitz, Sulzer ont étudié soit le signe d'Argyll-Robertson, ses modalités et ses relations avec la syphilis, soit, d'une façon plus large, les troubles divers des réflexes pupillaires au cours de la syphilis.

Pour mettre un peu d'ordre dans ces faits nous prendrons les troubles réflexes dans leur ensemble, et nous étudierons successivement :

1° Leur époque d'apparition ;

2° Leur modalité ;

3° Leur évolution ;

4° Leur fréquence.

1° **Epoque d'apparition.** — Les troubles des réflexes pupillaires appartiennent à toutes les époques de la

syphilis. Dans les cas étudiés par Sulzer (1) il s'agissait de sujets tout au début de leur maladie. Presque tous étaient dans la première année de leur syphilis; beaucoup étaient infectés depuis environ trois mois.

Dans les faits que nous avons observés personnellement et que nous rapportons plus loin, les malades étaient infectés depuis un espace de temps variant de trois mois à dix ans; l'intervalle était exactement de trois mois pour Marguerite M... (*Observation V*) et pour Odile R... (*Observation I*). Nous avons vu, dans ce dernier cas, les troubles pupillaires se produire, pour ainsi dire, sous nos yeux, et sommes exactement fixé sur la date de leur apparition.

Enfin Charpentier (2), dans sa thèse, relate l'observation d'un malade présentant des troubles des réflexes pupillaires et portant, au menton, un chancre non cicatrisé.

Mais, si ces faits sont bien connus, et si l'ophtalmoplégie interne a pu, dans certains cas, constituer le premier symptôme (Sulzer) d'une généralisation syphilitique, la plupart des spécifiques chez qui les divers auteurs ont constaté des troubles des réflexes pupillaires étaient infectés depuis une ou plusieurs années; le plus souvent depuis un temps très long.

C'est ainsi que, si nous relevons dans les thèses de

(1) Des symptômes pupillaires précoces de la syphilis acquise. *Annales de Dermat. et de Syphil.*, 1901, p. 239.

(2) Relations entre les troubles des réflexes pupillaires et la syphilis. *Thèse Paris*, 1899.

Charpentier, de Déchy (1) et dans le travail de Dufour (2), l'ancienneté de l'infection syphilitique chez les malades présentant des troubles des réflexes pupillaires, nous voyons que la syphilis existait :

Chez 2 d'entre eux, depuis 1 à 5 ans —

— 8 — 10 à 20 —

— 12 — plus de 20 —

Mais ce n'est pas à la seule syphilis acquise qu'appartiennent les troubles des réflexes pupillaires : ils se rencontrent également chez les *hérédosyphilitiques*.

Chez ceux-ci on peut les constater (Charpentier, obs. III) *dès le jour de la naissance*, ou les voir apparaître — après examen négatif fait quelques mois auparavant — *au cours de la 27^e année* (Déchy, obs. XXII).

2^o **Modalité.** — Parmi les très nombreux réflexes dont la pupille est le siège — réflexe photomoteur, accommodateur, réflexe à la convergence, à la représentation d'un objet lumineux, à la douleur, à l'occlusion palpébrale, etc., etc., deux surtout, le réflexe photomoteur et le réflexe accommodateur ont été recherchés par les divers auteurs et par nous-même. Nous nous bornerons à leur étude.

(1) DÉCHY. — Le signe d'Argyll-Robertson et la cytologie du liquide céphalo-rachidien. *Thèse* Paris, 1902.

(2) DUFOUR. — Relations existant entre les troubles pupillaires, la syphilis, et certaines maladies nerveuses (Tabes et paralysie générale). *Soc. Méd. Hop.*, 13 juin 1902.

α) AFFAIBLISSEMENT OU ABOLITION ISOLÉE DU RÉFLEXE ACCOMMODATEUR. — Le réflexe accommodateur peut être touché isolément, le réflexe photomoteur restant indemne. C'est là un phénomène d'une extrême rareté; nous l'avons observé chez une de nos malades.

OBSERVATION I

(Personnelle)

Odile R..., 18 ans, blanchisseuse, se présente une première fois à l'hôpital Broca, en mai 1902. Elle est alors atteinte d'un chancre mou avec bubon de l'aîne et d'un lupus scléreux papillomateux de la face postérieure de la main gauche. — Les pupilles sont égales et réagissent normalement à la lumière et à l'accommodation. — La malade sort de Broca dans le courant de septembre.

Elle y rentre le 15 février 1903, avec une roséole qui date de quelques jours. L'infection syphilitique remonte donc environ à deux mois et demi. L'examen systématique du système nerveux, pratiqué à nouveau dès l'entrée de la malade, ne montre aucune anomalie. En particulier, les pupilles sont égales, en position moyenne; elles réagissent très bien à la lumière et à l'accommodation.

Le 4 mars, on constate une *inégalité pupillaire* très nette : la pupille droite est sensiblement plus large que la gauche. La malade n'accuse aucun trouble de la vue; elle se plaint de maux de tête nocturnes, tolérables, mais assez prononcés, prédominant surtout du côté droit.

Le 6 mars, examen ophtalmoscopique par M. Sulzer : Inégalité pupillaire, *accommodation affaiblie* des deux côtés, mais beaucoup plus du côté droit. *Réflexe photomoteur intact*.

7 mars. *Ponction lombaire*. Lymphocytose abondante.

12 mars. La malade quitte le service ; état stationnaire.

14 mai. La malade rentre à Broca. Elle se plaint encore de maux de tête nocturnes, beaucoup plus légers, siégeant surtout dans la zone périorbitaire.

15 mai. Examen par M. Sulzer. Inégalité pupillaire : pupille droite plus grande que pupille gauche. Parésie double de l'accommodation, plus prononcée du côté droit. En outre, léger affaiblissement de la convergence par parésie du muscle droit interne droit. Intégrité du réflexe photomoteur.

5 juin. Examen par M. Sulzer. Les pupilles sont *redevenues égales* ; elles sont en position moyenne ; réflexe photomoteur normal des deux côtés ; réflexe accommodateur normal à gauche, en déficit de 3 dioptries à droite.

7 juin. Ponction lombaire ; cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien négatif : pas d'élément cellulaire, pas d'albumine.

M. Sulzer avait déjà observé et publié un cas analogue où les pupilles réagissaient « bien à la lumière, mais très peu à la convergence. La réaction à la convergence est à peine perceptible, et, la plupart du temps, on ne peut remarquer aucun changement du diamètre pupillaire quand le regard passe de la fixation au loin à la fixation de près ».

β) AFFAIBLISSEMENT OU ABOLITION COMBINÉE DES DEUX RÉFLEXES. — Le plus souvent, l'abolition ou l'affaiblissement du réflexe accommodateur coïncide avec une atteinte correspondante du réflexe photomoteur. L'abolition peut être complète — fait assez rare — ou incomplète, avec une prédominance plus ou moins marquée des troubles du réflexe photomoteur ou de l'accommodateur.

7) AFFAIBLISSEMENT OU ABOLITION ISOLÉE DU RÉFLEXE PHOTOMOTEUR, SIGNE D'ARGYLL-ROBERTSON. — Mais si toutes ces combinaisons sont possibles et se rencontrent en clinique, en règle — et cette règle ne souffre qu'un nombre infime d'exceptions — les troubles du réflexe photomoteur sont plus prononcés que ceux du réflexe accommodateur et, dans la grande majorité des cas, existent seuls, le réflexe accommodateur étant parfaitement conservé.

Si nous prenons, en effet, les cas rapportés par Charpentier, Déchy, Dufour, Sulzer, et ceux que nous avons observés nous-même, nous voyons que :

Chez *deux* malades seulement le réflexe accommodateur était touché, le réflexe lumineux restant indemne.

Chez *neuf* malades, les deux réflexes étaient affaiblis ou abolis, le réflexe photomoteur étant d'ailleurs toujours plus touché que l'accommodateur.

Chez *cinquante-trois* enfin existait l'abolition ou l'affaiblissement du seul réflexe photomoteur.

Affaiblissement ou abolition du réflexe photomoteur, conservation intégrale du réflexe accommodateur constituant, on le sait, le signe d'Argyll Robertson, dont l'extrême importance nécessite une étude particulière.

LE SIGNE D'ARGYLL-ROBERTSON. — Il convient, en effet, de s'entendre sur la définition du signe d'Argyll-Robertson. Y a-t-il signe d'Argyll-Robertson alors que le réflexe photomoteur est simplement diminué ? Faut-il, au contraire, admettre avec MM. Ces-

tan et Dupuy-Dutemps (1), dans leur très remarquable étude sur le signe d'Argyll-Robertson, qu'on n'est en droit d'appeler de ce nom que les seuls cas où l'abolition des réflexes lumineux est *absolue* ?

Nous n'avons observé cette abolition totale du réflexe photomoteur que chez deux de nos malades.

L'une d'elles, entrée à Broca parce qu'elle y avait été jadis soignée, était, en réalité, une paralytique générale au début. Nous nous contentons de résumer son observation.

OBSERVATION II

(Personnelle)

Eugénie M., 38 ans, syphilis ancienne de date indéterminée; la mémoire de la malade, très affaiblie, ne lui permet pas de préciser.

Inégalité pupillaire ; pupille droite plus grande que pupille gauche. Abolition bilatérale et totale du réflexe lumineux.

Abolition des réflexes patellaires et achilléens.

Troubles de la parole caractéristiques : achoppement syllabique.

Enorme lymphocytose céphalo-rachidienne.

Chez notre seconde malade, il s'agissait, au contraire, d'un symptôme isolé.

(1) Cestan et Dupuy-Dutemps. — Le signe pupillaire d'Argyll-Robertson. Sa valeur séméiologique, ses relations avec la syphilis. — *Gazette des Hôpitaux*, 28.Décembre 1901.

OBSERVATION III

(Personnelle)

Henriette N., 45 ans, syphilis remontant à 10 ans.

Pupilles à peu près égales, en myosis moyen, affectant une forme non exactement circulaire, mais vaguement ovale. Abolition totale du réflexe lumineux. Conservation de l'accommodation.

Aucun autre signe d'affection nerveuse, *lymphocytose céphalo-rachidienne* très abondante.

MM. Dupuy-Dutemps et Cestan ne s'attachent qu'aux faits de ce genre, et n'accordent qu'une très faible valeur aux cas où le réflexe lumineux est simplement affaibli : « Si la parésie de la pupille est le seul symptôme présenté par le malade, on ne peut l'assimiler avec un signe d'Argyll sans risquer de perdre toute précision en ouvrant le champ à la fantaisie des interprétations. La vivacité des réflexes pupillaires est, en effet, variable suivant le tempérament névropathique et selon l'âge des sujets, et il convient d'être très réservé dans l'interprétation d'une simple diminution de ces réflexes.

Chez le vieillard, en effet, les réactions pupillaires sont normalement faibles.

Elles peuvent être à peine perceptibles dans le cas de mydriase intense, ou de myosis très serré, observés à la suite d'intoxications médicamenteuses, d'excitation ou de destruction du sympathique cervical ; en outre, les pupilles en myosis, si fréquentes chez les vieillards et les rhumatisants chroniques ont,

en raison même de leur étroitesse, une excursion très limitée et des réactions affaiblies, peut-être par le seul fait de leur structure, sans lésion du système nerveux. »

Ces réserves, ainsi que celles que font ensuite MM. Cestan et Dupuy-Dutemps sur l'interprétation des cas où il existe des lésions concomitantes du fond de l'œil, sont parfaitement justes. Mais nous croyons qu'il faut attacher une importance bien plus grande que ne le font ces auteurs aux cas frustes, quand ceux-ci sont exactement observés.

Et d'ailleurs, parmi les cas rapportés par Charpentier, Dufour et Déchy, nous trouvons :

27 fois l'abolition totale des réflexes lumineux ;

21 fois leur abolition partielle ;

2 fois l'abolition partielle d'un côté et totale de l'autre.

S'agit-il, dans les cas d'abolition partielle, de faits négligeables, et à rejeter de toute statistique ? Il est évident que non. M. Dufour a examiné systématiquement 611 malades (du sexe masculin) pris au hasard d'une consultation hospitalière, et n'a trouvé l'*affaiblissement* du réflexe lumineux — sans signe de tabes — que chez 7 malades : tous étaient des syphilitiques avérés.

De même M. Charpentier a examiné systématiquement, avec la technique employée pour les cas rapportés plus haut, 1100 sujets sains, sans rencontrer une seule fois non-seulement l'abolition, mais une modification quelconque du réflexe lumineux.

Déchy, dans les trois cas relatés par lui où les réactions lumineuses étaient seulement affaiblies, a trouvé de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien, comme on en trouve d'ordinaire, ainsi que nous le verrons plus longuement dans un chapitre ultérieur, quand le réflexe est aboli.

Enfin, les cas de *troubles passagers* étudiés par M. Sulzer, et ceux de *troubles unilatéraux* que nous allons relater plus loin nous paraissent également échapper, pour des raisons d'un autre ordre, aux objections critiques faites par MM. Cestan et Dupuy-Dutemps.

Troubles passagers. — M. Sulzer a examiné systématiquement une cinquantaine de femmes syphilitiques (exactement 53) et a trouvé chez 12 d'entre elles un affaiblissement du réflexe photomoteur, perceptible seulement à l'aide d'une technique spéciale.

A la lumière du jour, les pupilles de ces malades semblaient réagir normalement ; dans la chambre noire, en éclairant la pupille avec le reflet d'une lampe électrique de 10 bougies projeté par le miroir de l'ophtalmoscope, on constatait que ces pupilles se contractaient faiblement, lentement, incomplètement, alors que le réflexe accommodateur était parfaitement conservé.

En suivant ces malades, en les examinant à plusieurs reprises, M. Sulzer a pu voir que ces troubles étaient passagers, et que le réflexe photomoteur

réapparaissait complètement en quelques semaines, avec sa vivacité et son amplitude habituelles.

Peut-il, dans de tels cas, s'agir de phénomènes fortuits ? Evidemment non, puisque ces phénomènes évoluent dans un laps de temps donné. Leur apparition, leur disparition chez un même malade sont le plus sûr garant qu'il s'agit non d'une particularité individuelle, mais d'un trouble pathologique.

Troubles unilatéraux. — Tandis qu'il s'agit, chez les malades de M. Sulzer, d'un affaiblissement bilatéral des réflexes photomoteurs, affaiblissement dont l'évolution passagère permet d'affirmer la signification pathologique, les observations suivantes tirent, selon nous, toute leur valeur de l'unilatéralité du symptôme affaiblissement du réflexe photomoteur.

OBSERVATION IV

(personnelle)

Pauline D..., 20 ans. Syphilis secondaire de date indéterminée. Aucun symptôme nouveau. Pas de céphalée. On remarque à la lumière du jour que la pupille droite est plus dilatée que la pupille gauche.

L'examen ophtalmoscopique complet, pratiqué à la chambre noire par M. Sulzer, montre que le réflexe photomoteur de la pupille droite est nettement plus faible que celui de la pupille gauche. Aucune autre anomalie.

Hypertonie du liquide céphalo-rachidien ; énormelymphocytose.

OBSERVATION V

(personnelle)

Marguerite M..., 18 ans. Salle Natalis-Guillot, N° 11.

Syphilis remontant à trois mois. Jamais de céphalée.

Examen le 20 janvier 1903. Réflexes patellaires un peu forts.

Pupille droite plus grande que pupille gauche.

Examen le 28 janvier par M. Sulzer: la pupille droite est plus grande que la pupille gauche de plus d'un millimètre pour une ouverture moyenne de 4 millimètres. A l'accommodation les deux pupilles réagissent nettement, sans toutefois se contracter au-dessous de 3 millimètres.

A la lumière réfléchie par le miroir de l'ophtalmoscope la pupille gauche réagit vivement; la droite reste *complètement immobile*. Accommodation normale.

Sous l'influence de l'éclairage diurne les deux pupilles réagissent vivement, mais leurs diamètres ne s'égalisent pas.

Acuité visuelle $OG = 1$

$OD = 1$

OG Myopie 0,50

OD Emmétrope.

Champ visuel et perception colorée normale, motilité normale.

OBSERVATION VI

(Personnelle)

Louise B., 20 ans, salle Natalis-Guillot, n° 44.

Syphilis remontant à un an. Au début, céphalées assez violentes.

Eczéma papulo-vésiculeux nummulaire des avant-bras.

La pupille droite est sensiblement plus grande que la pupille gauche. L'examen du système nerveux reste négatif.

Examen ophtalmoscopique, le 13 février 1903, par M. le

docteur Sulzer. Légère inégalité pupillaire. La pupille droite est plus large que la gauche.

La pupille droite réagit faiblement à la lumière, et sa contraction ne se maintient que quelques secondes. La pupille gauche réagit normalement à la lumière.

La réaction consensuelle de la pupille droite est également très faible. Celle de la pupille gauche est normale.

La réaction à l'accommodation est normale des deux côtés. Acuité visuelle normale. Membranes profondes normales.

Ponction lombaire. — Cyto-diagnostic positif : lymphocytose abondante.

La malade quitte le service le 1^{er} mars ; état stationnaire.

Ces cas sont, on le voit, absolument superposables : l'absence d'anomalie du fond de l'œil et de ses milieux, de l'acuité visuelle et de la réfraction permettent d'écarter l'hypothèse d'une lésion unilatérale du globe oculaire; l'unilatéralité du symptôme permet, d'autre part, d'éliminer l'hypothèse d'une disposition individuelle, d'une vivacité physiologiquement plus ou moins grande du réflexe photomoteur. L'œil sain sert, pour ainsi dire, de témoin et donne au fait observé, d'une façon certaine, la valeur d'un symptôme pathologique.

On s'étonnera peut-être que nous n'ayons observé que quatre fois, sur environ 140 malades en période secondaire, ces symptômes d'affaiblissement des réflexes pupillaires, alors que M. Sulzer les avait rencontrés 11 fois sur 53 malades.

Rappelons simplement que nous n'usions pas de la même méthode.

Ne nous reconnaissant pas la compétence nécessaire pour apprécier ces nuances délicates, et nous trouvant dans l'impossibilité matérielle de confier à l'examen du spécialiste toutes nos malades, nous n'avons retenu que celles qui présentaient soit de l'inégalité pupillaire, soit un trouble réflexe constatable par la technique que nous avons indiquée.

C'est dans cette catégorie que rentrent les cas que nous venons de rapporter. Il est fort probable que beaucoup d'autres malades présentaient également de l'affaiblissement de leurs réflexes pupillaires, affaiblissement décelable seulement par le procédé de M. Sulzer : ces cas nous ont forcément échappé.

La valeur du simple *affaiblissement du réflexe photomoteur* chez nos malades, de même que chez ceux de MM. Charpentier, Dufour, Sulzer, etc., nous semble donc établie d'une façon incontestable. MM. Cestan et Dupuy-Dutemps, ont fait preuve d'une sage prudence en bornant leur étude, alors que ces questions étaient beaucoup moins mûres, à l'*abolition totale* du réflexe photomoteur. Mais on peut, maintenant, pousser plus loin l'analyse clinique (1).

(1) Nous croyons nécessaire de rapporter ici — quoiqu'il s'agisse non de syphilis nerveuse latente, mais de tabes déclaré, le résultat des observations de MM. Jean Heitz et Rochon-Duvignaud (Recherches cliniques sur les modalités des troubles pupillaires chez les tabétiques. *Archives générales de Médecine*, n° 27. 7 juillet 1903, p. 1675).

Chez 48 tabétiques examinés à l'aide d'une technique spéciale (séjour du malade dans une chambre obscure pour permettre à la pupille de se dilater complètement ; puis projection brusque d'un faisceau de lumière sur la pupille à l'aide du miroir concave de l'ophtalmoscope), ces auteurs ont trouvé que « vingt-trois d'entre eux avaient perdu

3° **Evolution.** — L'évolution des troubles des réflexes pupillaires se présentant comme symptôme isolé chez les anciens syphilitiques a été jusqu'à présent assez peu étudiée.

Il semble pourtant que l'on puisse, à ce point de vue, les diviser en deux groupes :

1° *Les troubles réflexes précoces légers*, type Sulzer, survenant dans les premiers mois de l'infection syphilitique, constatables seulement à l'aide d'une technique spéciale, qui rétrocedent en quelques semaines sans laisser de traces apparentes, ainsi que nous l'avons vu plus haut.

Rappelons que, dans l'observation rapportée ci-dessus, d'Odile R... (Obs. I) l'affaiblissement bilatéral du réflexe accommodateur, constaté pour la première fois le 6 mars, persistait encore au milieu du mois de mai ; et que, le 7 juin, la pupille gauche réagissait normalement à l'accommodation, alors que celle-ci, du côté droit, se faisait encore imparfaitement, avec un déficit de 3 dioptries.

2° *Les troubles réflexes tardifs intenses*, survenant chez les syphilitiques infectés depuis une ou plusieurs années, et constatables par les techniques habituelles, qui présentent une extrême fixité.

C'est ainsi que M. Babinski a pu suivre, pendant 8 ans, un syphilitique neurasthéniqué, présentant à l'état isolé le signe d'Argyll-Robertson. M. Pol-

absolument toute réaction à la lumière, deux se comportaient à peu près comme des sujets normaux, et chez quinze autres il y avait encore une légère contraction de la pupille à la lumière, et une légère dilatation à l'obscurité ; par conséquent un signe d'Argyll incomplet ».

guère (1) a observé, pendant un laps de temps variant entre 6 et 14 ans, cinq malades, anciens syphilitiques, présentant uniquement une abolition du réflexe lumineux avec myosis permanent. Enfin Nonne (2) rapporte le cas suivant :

OBSERVATION VII

(Résumée)

Un ouvrier de cinquante ans, syphilitique depuis trente ans, présente, du côté gauche, de la mydriase; du côté droit, un myosis d'intensité moyenne, avec abolition totale des réflexes photomoteur et accommodateur. Ces troubles restent isolés et se maintiennent absolument constants depuis une période de *onze années*.

4° **Fréquence.** Il est actuellement impossible de se faire une idée juste de la fréquence des troubles pupillaires isolés au cours de la syphilis. Un trop petit nombre d'auteurs les ont recherchés systématiquement. Nous n'avons actuellement que trois statistiques utilisables : celle de M. Dufour, celle de M. Sulzer et la nôtre.

M. Dufour, sur 74 malades, anciens syphilitiques, pris au hasard d'une consultation hospitalière, et chez qui l'examen ne révélait aucun signe de tabes ou de

(1) POLGUÈRE. — De l'abolition du réflexe pupillaire dans la syphilis avec myosis permanent. *Soc. de Neurol. de Paris*, 7 mai 1903.

(2) NONNE. — *Loc. citat.*, p. 152.

paralysie générale, en a trouvé 7 présentant le signe d'Argyll-Roberston.

M. Sulzer, sur 53 syphilitiques, a observé 14 fois des troubles des réflexes pupillaires.

Enfin, sur 173 malades, nous avons constaté, dans 6 cas, des troubles réflexes.

Ces statistiques, assez peu comparables entre elles, puisqu'il s'agit de malades à des périodes différentes de leur syphilis, et examinés à l'aide de techniques différentes, conduisent pourtant à une conclusion certaine : c'est que les troubles des réflexes pupillaires, chez les syphilitiques, loin de constituer une rareté clinique, sont d'une grande fréquence. S'ils passent très fréquemment inaperçus, c'est qu'ils n'entraînent aucune gêne pour le malade qui en est porteur.

B. — Irrégularité pupillaire.

Déjà signalée par M. Déjerine (1), par M. Terson (2) au cours du tabes, l'irrégularité pupillaire n'a été étudiée d'une façon systématique que tout récemment par MM. Joffroy et Schrameck (3).

Il ne s'agit, bien entendu, que des cas où ni une iritis ancienne, ni des synéchies actuelles ne modifient la forme de l'orifice pupillaire, où l'on n'est pas en présence d'une disposition congénitale, et où seule peut entrer en jeu une altération de l'innervation de l'iris.

(1) In Pathologie générale de Bouchard. *Sémiologie du système nerveux*.

(2) *Société d'Ophthalmologie de Paris*. 4 février 1902.

(3) Joffroy et Schrameck. Des rapports de l'irrégularité pupillaire et du signe d'Argyll-Robertson. *Société de Neurologie*. 13 mars 1902.

Dans ces conditions, d'après les recherches de MM. Joffroy et Schrameck, l'irrégularité de l'orifice pupillaire s'observe chez tous les sujets présentant le signe d'Argyll-Robertson, ou une abolition des deux réflexes pupillaires. Souvent apparente à la lumière directe, elle nécessite dans certains cas, pour être décelée, l'emploi de l'éclairage oblique.

Une fois constituée, l'irrégularité pupillaire reste stationnaire ou s'accroît, mais ne rétrocede jamais.

Constante chez les sujets présentant de la diminution ou de l'abolition de leurs réflexes lumineux et accommodateur, l'irrégularité de la pupille s'observe en outre chez ceux qui *ont* présenter des troubles réflexes. Elle en est, en quelque sorte, la première manifestation, et traduit l'asynergie de l'innervation des différents segments iriens, alors que l'ensemble de l'iris semble encore réagir d'une façon normale.

L'irrégularité pupillaire peut donc constituer le seul symptôme d'une atteinte de la motilité de l'iris. Lorsqu'elle existe en même temps que l'inégalité pupillaire, sans troubles réflexes apparents et qu'elle est unilatérale, elle indique la pupille pathologique.

En somme, suivant MM. Joffroy et Schrameck, dont la haute compétence fait autorité, toute déformation pupillaire, en l'absence d'anomalie congénitale et de synéchies, a la même valeur que le signe d'Argyll, dont elle marque le début : « c'est, disent ces auteurs, un symptôme fixe, que l'on retrouve presque constamment et uniquement dans les affec-

tions où la motilité de l'iris va se trouver atteinte, tabes, paralysie générale, syphilis ».

« Nous avons bien retrouvé cette déformation chez un certain nombre de vésaniques ; seulement, d'après nos observations, il nous a semblé qu'on ne la rencontrait guère que chez les vésaniques syphilitiques ».

En dehors de l'étude de MM. Joffroy et Schrameck, nous n'avons guère, au sujet de l'irrégularité pupillaire, que la statistique de M. Dufour, qui est d'ailleurs venu confirmer exactement les conclusions de ces auteurs.

M. Dufour a en effet trouvé, chez 80 malades hommes, anciens syphilitiques, 17 fois de l'irrégularité pupillaire. Cette irrégularité pupillaire coïncidait 12 fois avec de l'inégalité, du myosis intense, le signe d'Argyll, ou bien encore avec des symptômes de tabes. Dans cinq cas, elle se présentait comme seul symptôme d'une atteinte du système nerveux, et, en particulier, du système d'innervation de la pupille.

N'ayant eu connaissance qu'assez tardivement du mémoire de MM. Joffroy et Schrameck, nous n'avons pas employé, dans l'examen de nos malades, l'éclairage oblique.

Il se peut donc qu'un certain nombre de cas d'irrégularités pupillaires légères aient échappé à notre examen, mais nous pouvons affirmer que les déformations pupillaires notables liées aux troubles réflexes intenses et permanents n'existent pas dans les cas de troubles légers et passagers, type Sulzer.

C) Inégalité pupillaire (1).

Nous avons vu que les troubles réflexes s'accompagnaient fréquemment d'inégalité des pupilles. Nous reviendrons plus tard sur ce point, et n'envisagerons pour le moment que la question suivante :

La syphilis peut-elle, par son action sur le système nerveux, produire de l'inégalité pupillaire comme symptôme isolé, sans trouble réflexe, et sans irrégularité pupillaire ?

A. Inégalité pupillaire sans troubles réflexes. — Comparons, pour nous fixer sur ce point, les statistiques faites sur des sujets pris au hasard, avec celles où l'inégalité pupillaire a été recherchée chez des syphilitiques, en l'espèce, avec la statistique de M. Dufour et avec la nôtre.

1° *Statistiques générales.* — Un assez grand nombre de statistiques ont été faites pour établir la fréquence globale de l'anisocorie. Ces documents sont surtout remarquables par les énormes différences qu'ils présentent entre eux.

C'est ainsi qu'Heddaeus (2), sur 172 élèves des écoles, note dans 10 cas, soit 5,8 0/0 de l'anisocorie — qu'Ivanoff (3) sur 134 jeunes recrues ne trouve

(1) La question de l'inégalité pupillaire a été étudiée d'une façon très complète par M. Frenkel, dans la *Revue de Médecine* (1897 n° 10 — 1898 n°s 2 et 6). Nous empruntons à ce travail une partie des documents cités ci-dessous.

(2) Heddaeus. Die pupillenreaction auf Licht. Wiesbaden 1886. (cité par Frenkel).

(3) Ivanoff. *Wratch*, 1887, n° 7, p. 164 (cité par Frenkel).

les pupilles égales que chez 12 hommes seulement, ce qui donne 91 0/0 d'inégalités pupillaires — alors qu'un autre auteur, Tzviaguintzew (1), sur 232 personnes examinées n'en trouve que 4 présentant une anisocorie constante ! M. Bosc (2) observe chez l'homme sain de l'anisocorie dans 15 0/0 des cas, tandis que Reche (3), sur 14.392 malades de la clinique ophtalmologique de Breslau ne relève que 256 inégalités pupillaires, soit environ une proportion de 2 0/0.

Enfin tout récemment L. Naxera (4) sur 500 sujets ne présentant ni maladie nerveuse, ni anomalie de la réfraction ou de l'accommodation est arrivé à une proportion de 17,6 0/0 d'anisocoriques.

2° *Statistiques chez les syphilitiques.* M. Dufour, sur 93 syphilitiques avérés, a trouvé, dans 16 cas, de l'inégalité pupillaire sans aucun trouble réflexe, soit une proportion de 16 0/0. D'autre part, sur 173 malades ne présentant aucun trouble de leurs réflexes iriens, nous avons trouvé seulement 8 anisocoriques soit à peu près 4,5 0/0.

On voit que la proportion d'anisocorie chez les malades syphilitiques n'est, en tout cas, pas plus considérable que chez les sujets non syphilitiques

(1) Tzviaguintzew. Sur la grandeur relative des pupilles chez l'homme sain. *Rousskaïa Medizina*, 1887 (idem).

(2) Thèse, Montpellier, 1892 (id.).

(3) Ueber die Pupillenumgleichheit. *Deutsch. medic. Wochenschr.*, 1893 (Ibidem).

(4) L'inégalité pupillaire au point de vue diagnostic. *Sbornik Lek*, 1900 (Analysé in. *Revue Neurologique*, 1902, p. 403).

puisque, abstraction faite de la statistique évidemment suspecte d'Ivanoff, les chiffres des différents auteurs flottent entre 2 et 17 0/0, écart d'ailleurs énorme, et qui, à lui seul, permettrait d'éliminer toute conclusion positive.

D'autre part, *l'analyse clinique* nous a également conduit à des résultats négatifs au point de vue de la possibilité de l'action de la syphilis.

Parmi nos huit malades anisocoriques nous en avons éliminé cinq ayant eu jadis soit de l'iritis, soit de la kératite, ou présentant une différence de réfraction considérable entre les deux yeux : la pathogénie de l'anisocorie est extrêmement discutée, et l'une quelconque de ces causes aurait pu être invoquée pour l'expliquer chez ces sujets.

Restaient trois femmes, chez qui l'examen systématique des réflexes, de la réfraction, et de l'acuité visuelle ne révélait aucune différence notable entre les 2 yeux.

OBSERVATION VIII

(Personnelle. Résumée)

Armande P... Syphilis remontant à deux ans, régulièrement traitée pendant la première année.

Inégalité pupillaire légère : pupille droite > pupille gauche.

OBSERVATION IX

(Personnelle. Résumée)

Eugénie L..., 23 ans. Syphilis datant de 6 ans. Au début céphalées très violentes. — Pupilles de dimensions moyennes: la gauche est d'environ 1 millimètre plus large que la droite.

OBSERVATION X

(Personnelle. Résumée)

Marie L... Syphilis remontant à quatre ans. La pupille gauche est large de 5 millimètres. La droite de 3 millimètres seulement.

Il s'agissait donc, dans ces trois cas, d'inégalité pupillaire bien nette, sans troubles unilatéraux, ou prédominant d'un côté, de la réfraction ou de l'acuité visuelle. Nous étions donc en présence soit d'inégalité pupillaire congénitale, ou mieux, pour employer l'expression de Frenkel, d'inégalité pupillaire *morphologique* — soit, si la syphilis pouvait jouer quelque rôle dans la genèse de l'inégalité pupillaire, d'inégalité pupillaire d'origine syphilitique.

Dans les trois cas nous avons pratiqué le *cytodiagnostic du liquide céphalo-rachidien*; dans les trois cas il s'est montré *négatif*.

Or, comme nous le verrons plus longuement dans un prochain chapitre, la lymphocytose céphalo-rachidienne est presque de règle dans les cas où la

syphilis touche le système nerveux, et en particulier le système d'innervation de la pupille.

Sans avoir une valeur absolue, cet argument, ajouté à ceux que nous apportent les statistiques, nous permet de conclure, comme le fait d'ailleurs M. Dufour, que l'inégalité pupillaire sans troubles réflexes est, chez les malades syphilitiques, un phénomène banal, nullement lié à leur infection.

B). Inégalité pupillaire avec troubles réflexes. — Tout au contraire, les rapports de l'inégalité pupillaire accompagnée de troubles réflexes avec la syphilis ne sauraient faire aucun doute.

Il nous faut distinguer ici deux types cliniques :

1° L'INÉGALITÉ PUPILLAIRE TARDIVE, LIÉE AUX TROUBLES RÉFLEXES INTENSES ET TARDIFS, ophtalmoplégie interne, ou signe d'Argyll-Robertson, prédominant d'un côté, type connu depuis longtemps et sur lequel nous n'avons pas à insister ;

2° L'INÉGALITÉ PUPILLAIRE LIÉE AUX TROUBLES RÉFLEXES LÉGERS ET PRÉCOCES, type qui n'a pas été jusqu'ici signalé — tout au moins à notre connaissance — et dont nous avons rapporté plus haut quatre cas (Obs. I, IV, V et VI).

Dans trois de ces cas, il s'agissait (Obs. IV, V et VI) d'un affaiblissement unilatéral du réflexe lumineux. Dans les trois cas, la pupille la plus large était, comme il semble d'ailleurs naturel, celle dont la contractilité à la lumière était affaiblie.

Chez notre quatrième malade (Obs. I) le réflexe accommodateur était seul touché ; l'affaiblissement, bilatéral, prédominait fortement du côté droit, et c'était du côté droit qu'était la pupille la plus large.

Toutes nos malades étaient au début de leur syphilis. Toutes ont présenté de la lymphocytose céphalo-rachidienne, témoin d'une atteinte de leur axe cérébro-spinal. Nous avons pu enfin suivre une de ces malades (Obs. I) pendant plusieurs mois, et nous avons assisté chez elle : 1° à l'apparition de l'inégalité pupillaire, un examen pratiqué quelque temps auparavant ayant montré les pupilles égales ; 2° à sa disparition au bout de trois mois, disparition coïncidant avec une très grande amélioration des troubles réflexes ; 3° à la disparition concomitante de la lymphocytose du céphalo-rachidien, lymphocytose constatée lors du premier examen.

Ce type d'inégalité pupillaire se caractérise donc, d'après les observations que nous venons d'analyser :

1° Par son apparition précoce dès les premiers mois de la syphilis ;

2° Par la coïncidence de troubles des réflexes pupillaires, lumineux ou accommodateurs ;

3° Par le fait que la pupille la plus large est celle dont la contractilité est le plus atteinte ;

4° Par la possibilité de sa disparition, quand les troubles réflexes disparaissent ou s'atténuent ;

5° Par la coexistence d'une lymphocytose céphalo-

rachidienne qui peut disparaître en même temps que s'égalisent les diamètres des pupilles.

Ce type s'oppose par conséquent :

I. — *A l'inégalité pupillaire liée aux troubles intenses et tardifs des réflexes* (ophtalmoplégie interne et signe d'Argyll-Robertson), qui se caractérise :

1° Par son apparition tardive (au bout d'une ou plusieurs années) ;

2° Par la coexistence de troubles intenses des réflexes ;

3° Par le fait que la pupille la plus large n'est pas toujours la pupille pathologique (cas de myosis unilatéral, avec signe d'Argyll-Robertson) ;

4° Par sa fixité.

Il va sans dire que ces deux types, établis pour la clarté de la description, ne sauraient constituer des types fermés ; il est certain qu'il doit exister entre eux des faits de passage ; aussi bien les expressions *précoce* et *tardif*, *léger* et *intense* ne désignent que des nuances ; en examinant un nombre suffisant de malades, et surtout en les suivant un temps assez long, on établirait, sans doute, tous les intermédiaires entre les réactions nerveuses que nous avons essayé de schématiser.

II. — *A l'inégalité pupillaire banale*, qu'on peut observer chez les syphilitiques comme chez n'importe

quel sujet, à une période quelconque de leur infection, et qui ne s'accompagne ni de troubles réflexes, ni de lymphocytose céphalo-rachidienne.

Ici, la distinction entre les deux types est, au contraire, absolue, puisqu'il s'agit, dans l'un, d'une particularité morphologique ; dans l'autre, d'un trouble pathologique lié à une lésion matérielle du système nerveux, de l'existence de laquelle vient témoigner la réaction méningée concomitante.

II

Troubles des réflexes tendineux

Les modifications des réflexes tendineux chez les syphilitiques ne paraissent guère, jusqu'à présent, avoir attiré l'attention des cliniciens. Nous n'avons pu relever, comme travaux systématiques faits sur cette question, que ceux de Zaroubine (1), de Finger (2) (cité par Zaroubine) et de Binet-Sanglé (3).

Binet-Sanglé, qui n'a observé qu'un petit nombre de malades, a noté tantôt de l'exagération, tantôt de la diminution des réflexes ; étant donné la variabilité de l'intensité des réflexes à l'état normal, on ne peut pas tirer de son mémoire de conclusions bien importantes.

(1) Zaroubine. Le réflexe tendineux du genou dans l'éruption primitive de la syphilis. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*. 1893, p. 814.

(2) Finger. *Vierteljar. Zeit. fur Dermatol. und Syphilis*. 1881, p. 255.

(3) Binet-Sanglé. *Journal de la Neurologie*. 1901, 20 avril.

I. — Exagération précoce des réflexes. —

Beaucoup plus intéressants sont les travaux de Finger et Zaroubine. Ces deux auteurs se sont bornés à étudier les réflexes tendineux pendant les premières semaines de la syphilis, en suivant leurs malades depuis la constatation de l'accident primitif jusqu'à la disparition de la roséole.

Ils sont arrivés à des conclusions exactement identiques, que Zaroubine énonce de la façon suivante : « Dans tous les cas, je pus constater l'élévation, quelquefois très considérable, de l'excitabilité réflexe des tendons, et, par conséquent, le renforcement du phénomène du genou au début de l'éruption primitive, l'élévation étant immédiatement suivie d'une chute progressive de l'excitabilité réflexe, laquelle tombait souvent au-dessous de la normale ; puis, derechef, elle remontait assez rapidement à sa hauteur normale. Le chiffre inférieur de l'excitabilité réflexe pendant sa chute correspondait au huitième ou au quinzième jour à partir de son élévation maximale ; l'élévation successive de l'excitabilité réflexe jusqu'à sa hauteur normale se montrait du second au cinquième jour à partir du moment où l'intensité réflexe était à son minimum.

Ces oscillations s'observent plus nettement chez les sujets présentant à l'état normal une intensité considérable des réflexes.

Dans les cas à la méthode expectante, je n'ai point

observé de modification dans le cours de l'excitabilité réflexe par rapport au type ci-dessus mentionné ».

Ainsi donc, élévation considérable de l'intensité des réflexes au début de l'éruption roséolique, suivie d'une chute jusqu'au-dessous de l'état normal, puis d'un relèvement progressif et rapide — que le traitement mercuriel ait été ou non pratiqué — tels sont les faits mis en lumière par Finger et par Zaroubine.

Ce qui donne au travail de ce dernier une valeur toute particulière, c'est la méthode qu'il a suivie.

Tandis que, en effet, que Finger se contentait de l'examen clinique habituel, Zaroubine procédait avec une extrême rigueur.

Les réflexes, en l'espèce le réflexe patellaire, étaient provoqués avec le réflectomètre de Danillo, et mesurés à l'aide d'un appareil spécial, composé d'un cadran fixe gradué, et d'une aiguille mobile commandée par un levier assujéti à la jambe du sujet en sorte que l'on pouvait lire et noter à chaque examen un chiffre correspondant à l'intensité de l'excitabilité réflexe.

II. — **Exagération tardive des réflexes.** —

L'exagération des réflexes, au cours d'une syphilis ancienne, comme phénomène absolument isolé, a été signalée par M. Vidal, qui cite l'observation (1) suivante :

(1) *Bulletins et Mémoires de la Société Médicale des Hôpitaux*, p. 421.
Séance du 14 février 1902.

OBSERVATION XI

(Résumée)

Femme syphilitique depuis 40 ans. Ne présente comme trouble nerveux qu'une exagération des divers réflexes du tendon rotulien, du tendon d'Achille, du poignet, du coude, des masséters. On note, de temps à autre, une légère amorce de trépidation épileptoïde au niveau des membres inférieurs.

Ponction lombaire : lymphocytose légère du liquide céphalo-rachidien.

Belètré, élève de Widal, a rapporté dans sa thèse (Obs. XVII) une observation analogue : la syphilis remontait à dix ans ; il y avait exagération des divers réflexes, et lymphocytose céphalo-rachidienne légère.

Un autre de ses malades, syphilitique depuis quarante ans, présentait les mêmes phénomènes, avec, en outre, une amorce de clonus à droite et une ébauche de signe d'Argyll du même côté.

III. — **Abolition des réflexes.** — Chez nos malades, n'ayant pas employé une méthode précise de mensuration, et sachant d'autre part quelles sont les différences qu'on observe à l'état normal entre les différents sujets, nous n'avons voulu tenir compte que de *l'abolition absolue* des réflexes tendineux.

Nous n'avons rencontré cette abolition qu'une fois ; voici l'observation de notre malade.

OBSERVATION XII

(Personnelle)

Jeanne L..., 45 ans, syphilitique depuis 5 ans, entre à l'hôpital Broca le 18 juin 1903, sans manifestations actuelles de sa syphilis.

Elle s'est traitée d'une façon très irrégulière.

Ethylisme : tremblement des doigts, pituites matutinales : la malade avoue avoir pris autrefois, en assez grande quantité, du gin et du whisky.

La malade présente une abolition absolue et bilatérale du réflexe achilléen, abolition qui est constatée lors de plusieurs examens successifs.

Les réflexes patellaires sont très affaiblis.

Signe de Romberg : perte de l'équilibre dans la station debout, les yeux fermés.

Aucun autre symptôme d'affection nerveuse. En particulier *aucun symptôme de tabes*, et *aucun signe de névrite périphérique* : pas de douleur spontanée ou provoquée au niveau des membres inférieurs ; pas de troubles de la sensibilité ou de la motilité.

Pas de troubles de l'ouïe. Examen général également négatif : Urines normales, pas de sucre, pas d'albumine.

Ponction lombaire : cyto-diagnostic négatif.

Ainsi abolition totale des réflexes achilléens avec diminution considérable des patellaires, et signe de Romberg, tels sont les seuls symptômes pathologiques présentés par notre malade.

Il est impossible de mettre l'abolition des réflexes achilléens sur le compte de l'alcoolisme, qui d'ordi-

naire, augmente l'excitabilité réflexe, et ne l'abolit qu'au cas où il provoque une névrite périphérique, dont il n'existait chez notre malade aucun symptôme.

Il y a donc toutes raisons d'attribuer à la syphilis le phénomène en question; nous aurons d'ailleurs, lorsque nous discuterons le diagnostic de la syphilis nerveuse latente, l'occasion de revenir plus longuement sur ce point.

D'autre part, nous avons publié l'observation (1) d'une malade qui, sûrement syphilitique (plusieurs fausses couches, mari soigné cinq ans auparavant pour une affection qui lui avait fait perdre ses cheveux et ses sourcils, et à cause de laquelle on lui interdisait de l'embrasser), présentait : 1° des crises gastriques passagères, avec concomitance du signe d'Argyll-Robertson, apparaissant et disparaissant avec la crise; 2° En dehors de ces crises, comme tout symptôme d'affection nerveuse, de l'abolition des réflexes patellaires et achilléens.

Nous avons considéré, malgré la pauvreté des signes cliniques, notre malade comme une tabétique fruste; il nous est maintenant permis, prenant la question sous un angle différent, de la considérer comme une ancienne syphilitique, présentant, en dehors de ses crises, une affection nerveuse se

(1) Ch. Mantoux. — Intermittences du signe d'Argyll-Robertson dans le tabes. Crises gastriques concomitantes. *Presse Médicale*, n° 104, 28 décembre 1902, p. 349.

traduisant uniquement par de l'abolition des réflexes patellaires et achilléens.

Ce ne sont pas là des *cas purs*, d'abolition isolée des réflexes tendineux, puisqu'il existait, chez notre première malade, le signe de Romberg ; chez la seconde, des crises gastriques avec signe d'Argyll intermittent. Ces cas paraissent fort rares : nous n'avons pu en relever qu'un seul, très sommairement rapporté dans la thèse de Belètre (Obs. XX).

OBSERVATION XIII

Femme entre à l'hôpital Cochin, service du Dr Widal, baraque 6. Syphilis tertiaire ; effondrement de la cloison nasale ; perforation du voile du palais. Céphalées nocturnes.

- Actuellement *abolition des réflexes rotuliens*. *Lymphocytose nette*.

Si les cas d'abolition isolés des réflexes tendineux paraissent rares, par contre, les faits où cette abolition des réflexes s'associe, chez les anciens syphilitiques, à quelqu'autre trouble, également latent, en particulier au signe d'Argyll, sont beaucoup plus fréquents. Babinski, Charpentier, Dufour en ont rapporté de nombreux exemples ; nous aurons plus tard à revenir sur ces associations.

En somme, les réflexes tendineux des syphilitiques (réflexes patellaires et achilléens) peuvent être affectés de différentes manières :

Dans les premières semaines de la maladie, ils peuvent être *exaltés* d'une façon transitoire, exaltation suivie d'une dépression temporaire.

Au bout d'un temps beaucoup plus long (une ou plusieurs années) on peut les trouver *abolis* d'une façon permanente.

Enfin, on peut également noter leur *exagération* à une période tardive de la syphilis.

III

Signe de Babinski

Nous ne croyons pas qu'on ait recherché, d'une façon systématique, le signe de Babinski chez les anciens syphilitiques, ni qu'on l'ait signalé, chez eux, à l'état isolé sans aucun trouble nerveux concomitant.

Nous avons été conduit à cette recherche par le fait que M. Babinski (1), étudiant, chez tous les tabétiques qui venaient le consulter, le réflexe des orteils, l'a vu se produire en extension chez plusieurs de ses malades qui ne présentaient, d'ailleurs, aucun autre signe d'une lésion de leur faisceau pyramidal.

Dès lors, il nous a semblé indiqué de rechercher si on ne pouvait déceler le signe de Babinski chez les anciens syphilitiques, en dehors du tabes et de toute affection nerveuse déclarée.

Nous ne l'avons trouvé chez aucune de nos malades de Broca. Mais nous avons eu la bonne fortune, grâce

(1) Sur les scléroses combinées. *Congrès de Médecine de Paris*, 1900.

à l'obligeance de notre collègue et ami, le D^r Crouzon, d'observer le fait suivant :

OBSERVATION XIV

(Personnelle)

Emilie R..., 29 ans, entre le 25 juillet 1903 dans le service de M. le professeur Dieulafoy pour des *gommes* multiples du frontal.

La malade a été traitée, il y a huit ou neuf ans, à l'hôpital Saint-Louis pour une éruption généralisée, par l'ingestion de pilules dont elle ne peut préciser la composition.

Elle est de bonne santé habituelle et n'a notamment jamais eu aucun accident du côté de son système nerveux.

La malade présente, avec une netteté absolue, des deux côtés, le signe de Babinski. A chaque excitation de la région plantaire, les orteils réagissent vivement et fortement en extension.

L'examen du système nerveux ne révèle aucun trouble pathologique. En particulier, aucun autre signe de lésion du faisceau pyramidal : pas de trouble de la marche, pas de trépidation épileptoïde, et aucun signe de tabes : réflexes patellaires, achilléens, oculo-pupillaires, sont tout à fait normaux.

IV

Lymphocytose céphalo-rachidienne

La lymphocytose céphalo-rachidienne a d'abord été étudiée au cours des diverses localisations nerveuses d'origine syphilitique.

Les travaux de M. R. Monod (1); Widal, Sicard,

(1) R. Monod. Les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien au cours du tabes et de la paralysie générale. *Soc. Méd. Hopit.*, 22 janv. 1903.

et Ravaut (1), Babinski et Nageotte 2, Sicard et Monod 3, Séglas et Nageotte 4), Dupré et Devaux 5), Pierre Marie et O. Crouzon (6), Gombault et Halbron, Froin, Joffroy et Mercier, Widal et Lemierre 7), etc., etc., ont établi la quasi-constance de la lymphocytose céphalo-rachidienne au cours du tabes, de la paralysie générale, des hémiplegies et des méningomyélites syphilitiques; ceux de MM. Thibierge et Ravaut (8) nous ont montré sa coïncidence avec les paralysies faciales d'origine syphilitique; enfin ceux de MM. de Lapersonne et Le Sourd (9) nous ont appris à connaître son association avec la névrite optique spécifique.

Tous ces faits, qui ne rentrent pas directement dans le cadre de cette étude, ont conduit M. Widal à se demander si la syphilis ne pouvait pas produire, en dehors de toute affection nerveuse, de la lympho-

(1) Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans quelques processus méningés chroniques. *Soc. Méd. Hop.*, 11 janvier 1901.

(2) Contribution à l'étude du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses. *Soc. Méd. Hop.*, 24 mai 1901.

(3) Examen histologique du liquide céphalo-rachidien dans les méningomyélites. *Soc. Méd. Hop.*, 18 janvier 1901.

(4) Cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. *Soc. Méd. Hop.*, 5 juin 1901.

(5) Cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. *Bulletin et Mémoires de la Soc. Méd. Hop.*, p. 572, 1901.

(6) Quelques résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien chez les tabétiques. *Soc. Méd. Hop.*, 1901.

(7) Lymphocytose méningée dans l'hémiplegie syphilitique. *Soc. Méd. Hop.*, 15 mai 1901.

(8) Paralysie faciale à la période secondaire de la syphilis; lymphocytose considérable du liquide céphalo-rachidien. *Soc. Méd. Hop.*, 21 novembre 1902.

(9). Société de Biologie, 30 janvier 1901.

cytose céphalo-rachidienne. Ses travaux et ceux de ses élèves Ravaut, Lemierre, Belètré, Déchy nous ont complètement fixé sur ce point ; nous savons maintenant que la syphilis peut produire :

1° Soit de la lymphocytose associée à d'autres symptômes latents de syphilis nerveuse.

2° Soit de la lymphocytose à l'état isolé, sans aucun symptôme nerveux décelable par le plus minutieux examen.

Nous nous occuperons ici uniquement de cette seconde catégorie de faits, réservant la première pour un chapitre ultérieur.

La date d'apparition de la lymphocytose céphalo-rachidienne chez les syphilitiques paraît être fort précoce, et coïncider avec la période où l'infection se généralise. On l'observe en même temps que la roséole (Belètré, Obs. II), au bout de 2, 3, 4 mois (ibid. Obs. III, IV, II) ; elle peut persister pendant toute la période secondaire, et on la constate encore au cours de la deuxième année.

En revanche, elle ne paraît pas exister chez les syphilitiques tertiaires, quand ceux-ci sont indemnes de tout symptôme nerveux ; sur huit malades de cette catégorie, Belètré a trouvé huit fois un liquide céphalo-rachidien normal.

L'intensité de la réaction méningée est absolument variable. Mais, en général, les réactions sont assez discrètes, et il est rare d'observer dans le champ d'immersion une leucocytose confluyente comme dans le tabes et la paralysie générale.

Sa fréquence est très considérable. C'est, pourrait-on dire, après la roséole et les plaques muqueuses, le plus fréquent des symptômes de la période secondaire. Si, en effet, nous réunissons les statistiques de MM. Belètré et Ravaut, nous trouvons que, sur 138 malades, elle existait 58 fois, soit une proportion de 40 0/0.

II.—ASSOCIATIONS SYMPTOMATIQUES

Les différents symptômes que nous venons de décrire peuvent :

- 1° S'associer entre eux ;
- 2° S'associer avec d'autres manifestations spécifiques.

I

Association des symptômes entre eux

A. — **Troubles pupillaires complexes.** — Nous avons vu déjà, en étudiant les troubles pupillaires, qu'on les rencontrait très souvent associés entre eux. C'est ainsi que, d'après les travaux de MM. Joffroy et Schrameck, si l'on peut trouver, en tout et pour tout, de l'irrégularité pupillaire, le signe d'Argyll s'accompagne toujours d'irrégularité pupillaire. Nous avons également vu que les troubles réflexes unilatéraux, ou prédominant d'un côté,

produisaient fréquemment de l'inégalité pupillaire, et qu'enfin on pouvait constater à la fois des troubles du réflexe photo-moteur et de l'accommodateur, avec ou sans inégalité ou irrégularité pupillaire. Nous ne reviendrons pas sur toutes ces combinaisons.

B. — Troubles pupillaires et lymphocytose céphalo-rachidienne. — 1^o *Signe d'Argyll-Robertson.* — L'association du signe d'Argyll-Robertson avec la lymphocytose céphalo-rachidienne a été signalée pour la première fois par MM. Babinski et Nageotte (1), puis par MM. Widal et Lemierre (2). M. Déchy (3), élève de M. Babinski, a consacré sa thèse à l'étude de cette question, et a constaté, chez 28 malades, la coexistence du signe d'Argyll et de la lymphocytose céphalo-rachidienne. Depuis, un assez grand nombre de faits analogues ont été relatés, notamment par M. Vaquez. Nous avons nous-même rapporté plus haut une observation semblable (Obs. III).

Cette association de la lymphocytose céphalo-rachidienne et du signe d'Argyll se trouve dans presque tous les cas, au point que M. Babinski a pu dire que le signe d'Argyll lui semblait « caractéristique d'une méningite syphilitique » (4).

Cependant, elle n'est pas absolument constante :

(1) *Bulletins et Mémoires de la Soc. Méd. des Hop.*, 17 mai 1901.

(2) *Id. Ibid.*, 31 juillet 1902.

(3) *Le signe d'Argyll-Robertson et la cytologie du liquide céphalo-rachidien. Thèse*, Paris 1901.

(4) *Soc. de Neurol.*, 4 décembre 1902.

M. Dufour (1) a, en effet, rapporté le cas d'un homme de 60 ans, syphilitique depuis 10 ans, qui présentait à l'état isolé le signe d'Argyll, et chez qui le liquide céphalo-rachidien était absolument normal.

2^o *Troubles des réflexes pupillaires légers, précoces et transitoires.* — Dans les quatre cas (Obs. I, IV, V et VI) que nous avons rapportés plus haut, la lymphocytose existait très nettement; il semble donc qu'elle soit l'accompagnement habituel des troubles réflexes de la pupille, quelle que soit leur intensité et la période à laquelle ils appartiennent.

Rappelons que dans un cas (Obs. I) — le seul qu'il nous ait été donné de suivre pendant un temps suffisant — la lymphocytose disparut en même temps que les troubles réflexes s'atténuaient.

C. — Exagération des réflexes tendineux et lymphocytose. — Nous avons vu plus haut que cette association avait été signalée par M. Vidal et son élève Belètre (3 observations).

D. — Abolition des réflexes tendineux et lymphocytose. — Ce syndrome a été également trouvé par Belètre chez deux de ses malades.

Mais la lymphocytose n'est pas, chez les anciens syphilitiques, l'accompagnement forcé de la disparition des réflexes, ainsi que le montre le cas, rapporté plus haut, de Jear... (Obs. XII).

(1) *Soc. de Neurol.*, 13 mars 1902.

E. — Abolition des réflexes achilléens et signes de Romberg. — Le malade que nous venons de citer présentait ce syndrome; c'est le seul cas que nous ayons pu en recueillir.

F. — Signe d'Argyll-Robertson et abolition des réflexes tendineux (patellaire et achilléen). — C'est une des associations symptomatiques les plus fréquemment relevées chez les anciens syphilitiques. MM. Babinski, Vaquez, Dufour, Charpentier, Déchy, Belèze, etc., en ont rapporté de nombreux exemples. Mais déjà cette association symptomatique est à la limite du tabes; beaucoup d'auteurs qualifient de tels cas: tabes fruste, ou tabes incipiens. Il y a là, en réalité, une simple question de mots.

Telles sont les principales associations que nous avons pu relever; elles représentent sans doute les combinaisons les plus fréquentes des symptômes nerveux latents de la syphilis.

II

Associations avec d'autres manifestations spécifiques

A. — Céphalée et lymphocytose. — Les rapports de la lymphocytose céphalo-rachidienne avec la céphalée ont été d'abord étudiés par MM. Milian, Crouzon et Paris (1) qui, pratiquant la ponction

(1) La céphalée syphilitique éclairée par la ponction lombaire. *Soc. Méd. des Hop.*, 20 février 1902.

lombaire chez huit syphilitiques secondaires atteints de céphalée, ont trouvé deux fois une lymphocytose assez considérable, avec hypertension du liquide céphalo-rachidien. Les malades furent notablement soulagés, en l'absence de tout traitement spécifique, par la ponction lombaire. Dès lors, ces auteurs se demandèrent si, chez leurs malades, la céphalée n'était pas due à la *méningite* qu'accusait la présence, dans le liquide céphalo-rachidien, d'éléments figurés, ainsi que son hypertension, signe d'hydropisie ventriculaire.

Si l'hypothèse de MM. Milian, Crouzon et Paris est admissible dans certains cas, elle ne saurait s'appliquer à tous; en effet, lymphocytose et céphalée se rencontrent très fréquemment l'une sans l'autre.

Si nous faisons le relevé des cas publiés par MM. Maillard (1), Pierre Marie et Guillaïn (2), Belètre, et par MM. Milian, Crouzon et Paris eux-mêmes en éliminant de la statistique de ces auteurs quatre malades chez qui la céphalée relevait « soit de l'hystérie..... de névralgies périorbitaires, de périostoses », nous trouvons que, sur 11 malades atteints de céphalée, 3 seulement présentaient de la lymphocytose céphalo-rachidienne. C'est là une proportion bien inférieure à celle de 40 0/0 qu'on trouve, ainsi que

(1) Maillard. De la valeur clinique du cyto-diagnostic céphalo-rachidien dans les cas douteux de paralysie générale progressive. *Thèse* Bordeaux, 1901.

(2) Pierre Marie et G. Guillaïn. Céphalée de la période secondaire de la syphilis rapidement améliorée par la ponction lombaire. *Soc. Méd. Hop.*, 1902.

nous l'avons vu plus haut, chez l'ensemble des syphilitiques en période secondaire.

Céphalée et réaction leucocytaire qui peuvent, dans certains cas, être sous la dépendance d'une cause commune, la méningite, ne sont donc aucunement liées d'une façon nécessaire.

B. — Lésions cutanéomuqueuses et lymphocytose. — Beaucoup mieux établie est la coïncidence, mise en lumière par M. Ravaut (1) des réactions méningées avec certaines réactions cutanées internes et persistantes de la période secondaire. Cet auteur a examiné 118 malades.

Sur 54 syphilitiques sans accidents ou présentant des plaques muqueuses ou cutanées, il n'a pu relever que 7 réactions nettes.

Sur 55 malades atteints de syphilides pigmentaires, papuleuses, miliaires, psoriasiformes, c'est-à-dire de lésions cutanées profondes ou rebelles, il a constaté 41 réactions très nettes, parfois très intenses.

Il y a donc un parallélisme certain, et très accentué entre les lésions de la méninge et celles de la peau.

C. — Lésions aortiques et syphilis nerveuse latente. — L'inégalité pupillaire est un des signes les plus fréquents des aortites chroniques avec ectasie. Cette anisocorie était attribuée, d'une façon classique à la compression ou à l'irritation du

(1) Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire. *Soc. méd. Hôpit.*, 9 octobre 1903.

grand sympathique par l'aorte ou par les tissus périaortiques, quand M. Babinski (1) est venu montrer que, dans un grand nombre de cas, cette anisocorie s'accompagnait de perte du réflexe photomoteur, uni ou bilatéral.

Or, d'une part, l'excitation ou la paralysie du sympathique, si complètes qu'elles soient, ne donnent jamais lieu à l'abolition du réflexe photomoteur; d'autre part, les malades étudiés par M. Babinski présentaient, en même temps que leurs troubles pupillaires, une abolition uni ou bilatérale du réflexe achilléen.

Cet ensemble symptomatique ne pouvait être attribué qu'à une lésion du système nerveux central, due elle-même à une syphilis antérieure. Et cette syphilis se trouvait, en même temps, à l'origine de l'ectasie aortique. Il fallait donc considérer les symptômes pupillaires observés comme sous la dépendance, non de l'aortite elle-même, mais d'une lésion nerveuse due, comme la lésion artérielle, à l'infection spécifique, et remonter jusqu'à celle-ci pour interpréter la pathogénie de chacun des éléments du syndrome.

Ce syndrome — le syndrome de Babinski, comme l'a très justement appelé M. Vaquez, — paraît assez fréquent, et, quand on examine systématiquement les aortiques, avec ou sans ectasie, on trouve souvent le signe d'Argyll-Robertson isolé, ou associé à des troubles des réflexes tendineux, et la ponction lombaire

(1) Des troubles pupillaires dans les anévrysmes de l'aorte, par J. Babinski. *Soc. méd. hôp.*, 8 nov. 1901.

montre, en règle, une lymphocytose du liquide céphalo-rachidien : MM. Vaquez, 1. Vidal, Beauchesne (2), Dufour en ont relaté de nombreux exemples (3).

S'agit-il d'une association particulièrement fréquente, et la syphilis frappe-t-elle chez les mêmes sujets, avec une sorte de prédilection, à la fois le système artériel et le système nerveux central? Il semble bien que oui, d'après le nombre assez considérable de cas rapportés, en un temps assez court. Mais il se peut aussi qu'on n'ait relevé si fréquemment des symptômes de syphilis nerveuse latente chez les aortiques que parce qu'on les examinait systématiquement à ce point de vue, alors que l'attention n'était pas attirée du côté du système nerveux chez les anciens syphilitiques atteints d'affections banales. Nous avons vu quelle proportion énorme de nerveux latents a trouvée M. Dufour, en se bornant à l'examen systématique des troubles pupillaires.

D. — Coïncidence de syphilis nerveuse latente et d'autres manifestations spécifiques. — Si les rapports de la syphilis nerveuse avec la céphalée, les réactions cutanées secondaires,

(1) H. Vaquez. Syndrome de Babinski. *Soc. Méd. Hôpît.*, 15 février 1902. Trois cas d'aortite avec tabes fruste. *Soc. de Neurol.*, 5 mars 1903.

(2) Pierre Beauchesne. Relations entre les lésions de l'aorte et les troubles de la pupille. *Thèse*, Paris 1902.

(3) Il ne faudrait pas d'ailleurs rapporter aux troubles réflexes toutes les anisocories observées chez les aortiques. Beaucoup d'aortiques ont de l'inégalité pupillaire, sans troubles réflexes, et sont d'ailleurs indemnes de syphilis (Boudinski : De l'inégalité pupillaire chez les aortiques. *Thèse*, Paris, 1903).

et les aortites méritent de fixer, d'une façon particulière, l'attention des cliniciens, il ne semble pas qu'il y ait lieu de s'arrêter à ceux qu'elle peut présenter avec d'autres manifestations spécifiques.

Toutes les combinaisons semblent, *à priori*, réalisables, et il serait oiseux d'énumérer une série de coïncidences.

Notons seulement que, bien souvent, chez des malades présentant un des symptômes que nous avons étudiés, et ignorant, ou niant la syphilis, une autre manifestation de vérole vient nous éclairer sur son origine. Nous pouvons, à titre d'exemple, rapporter le très beau cas suivant, dû à Nonne (1), de *syphilis hépatique et laryngée*, avec, comme seul symptôme nerveux, un myosis unilatéral avec immobilité pupillaire.

OBSERVATION XV

(Résumée)

Une femme de 37 ans, veuve, se présente à l'hôpital d'Eppendorf, le 17 janvier 1900, pour de l'enrouement et de douleurs abdominales accompagnées d'une sensation de pesanteur.

Les *troubles abdominaux* consistent en perte de l'appétit, pesanteur à l'épigastre, douleurs dans tout l'abdomen, irrégularité des selles. Ils remontent à environ trois mois ; l'*enrouement* date de trois semaines.

Les *anamnèses* rendent la syphilis probable : mari infidèle, plusieurs fausses couches.

Pas d'éthylisme.

(1) Syphilis und Nervensystem, p. 152.

La malade a un *foie* augmenté de volume, dur, avec des saillies isolées qu'on peut sentir à la palpation à travers la paroi abdominale relâchée. Les veines sous-cutanées, au niveau de l'épigastre, et sur les parois latérales de l'abdomen, des deux côtés, sont plus développées que normalement ; il existe un peu de liquide ascitique libre.

La *rate* est augmentée de volume, facile à sentir par la palpation, et dure.

Au *laryngoscope* on trouve une infiltration récente des deux ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs, avec des ulcérations récentes des cordes vocales, et une rougeur et un épaississement intenses de toute la muqueuse de l'entrée du larynx.

Pas de trace de tuberculose.

Le *système nerveux* présente, comme unique symptôme, du myosis, avec immobilité pupillaire, du côté droit. Alors que la pupille gauche a des réflexes lumineux et accommodateurs normaux et rapides, la pupille droite reste absolument immobile à l'éclairage direct ou indirect ; aussi bien qu'à la convergence. Les mouvements d'accommodation sont conservés des deux côtés.

Sous l'influence du traitement mixte, l'infiltration des ligaments thyro-aryténoïdiens supérieurs se résorbe, et les ulcérations des cordes vocales guérissent.

Le foie diminue de volume et n'est plus sensible à la pression ; l'ascite disparaît ; les veines sous-cutanées retournent à l'état normal ; la rate reste assez grosse pour qu'on puisse la sentir par la palpation.

Pas de modification des réflexes pupillaires.

CHAPITRE II

DIAGNOSTIC

Maintenant que nous avons étudié les différents symptômes nerveux latents que peuvent présenter les syphilitiques, nous devons nous demander quelle est leur *valeur diagnostique*. En d'autres termes, lorsqu'on soupçonne un malade de syphilis, et qu'on se trouve en présence d'un de ces symptômes, quel appoint vient-il apporter au diagnostic clinique ?

Il nous faut, pour nous faire une opinion sur ce point délicat, reprendre un par un les symptômes en question.

I. Troubles légers et fugaces des réflexes pupillaires (Type Sulzer)

Ces troubles n'ont, à notre connaissance, été, jusqu'à présent, recherchés que chez les syphilitiques. Nous avons vu chez eux leur grande fréquence. Mais il est tout à fait impossible d'en conclure à une

valeur diagnostique quelconque, jusqu'à ce que des recherches comparatives aient été faites chez des sujets atteints d'affections autres que la syphilis.

Pour notre part, nous avons observé des troubles exactement nalogues chez deux malades blennorrhagiques, parmi les 51 malades non syphilitiques que nous avons examinées à titre de contrôle, ainsi que nous l'avons relaté plus haut. L'examen ophtalmologique a été fait, ici encore, par M. Sulzer. Voici les observations de ces malades.

OBSERVATION XVI

(Personnelle)

Gabrielle D., 27 ans, blanchisseuse. Entre à l'hôpital Broca, le 2 Avril 1903, salle Cullerier, pour une blennorrhagie vaginale et cervico-utérine.

Pas de syphilis.

Anisocorie ; la pupille gauche est sensiblement plus grande que la pupille droite.

Affaiblissement du réflexe photomoteur à gauche. — Accommodation normale.

Myopie double mais égale. — Milieu, acuité visuelle, fond normal.

Ponction lombaire, liquide céphalo-rachidien normal.

OBSERVATION XVII

(Personnelle)

Marguerite L., 24 ans. Entre à Broca, salle Natalis-Guillot n° 34, pour une blennorrhagie cervico-utérine.

Pas de syphilis.

Pupilles inégales; pupille droite plus grande que pupille gauche.

Membranes profondes, acuité normale.

Réflexe photomoteur presque aboli à droite; accommodation normale.

Ponction lombaire : lymphocytose confluyente. On compte jusqu'à quatre-vingt-dix leucocytes par champ d'immersion; par places, ils forment des amas de huit à dix éléments.

Ces deux malades présentaient, on le voit, des troubles pupillaires exactement semblables à ceux de nos syphilitiques; l'une d'elles avait, en outre, une énorme lymphocytose de son liquide céphalo-rachidien. Chez toutes deux nous avons recherché, avec le plus grand soin, la syphilis, sans pouvoir la déceler.

Existait-il chez elles une syphilis ignorée, sans manifestations actuelles, ou la blennorrhagie, seule en jeu, était-elle la cause efficiente des troubles observés? Il nous faut actuellement nous en tenir à cette dernière hypothèse. Des recherches de contrôle sur les troubles pupillaires et sur la lymphocytose céphalo-rachidienne au cours de la blennorrhagie seraient absolument nécessaires pour permettre d'interpréter exactement ces observations.

Remarquons seulement que la blennorrhagie, maladie générale, retentit comme la syphilis, mais avec une fréquence infiniment moins grande, sur le système nerveux (myélites) et sur l'œil (iritis, chorio-rétinites);

II. Troubles réflexes intenses. Signe d'Argyll-Robertson

Tout au contraire, l'importance capitale du signe d'Argyll-Robertson, — en dehors du tabes et de la paralysie générale, — pour le diagnostic de la syphilis, est un fait aujourd'hui classique.

Les travaux, que nous avons étudiés plus haut, de Babinski et de son élève Charpentier, ceux de Cestan et Dupuy-Dutemps, ceux de Widal, Vaquez, Dufour, Polguère, etc., sont venus montrer que, à l'exception de cas rarissimes de névrite interstitielle hypertrophique (1), d'atrophie musculaire du type Charcot-Marie, et peut-être de syringomyélie et de sclérose en plaques, le signe d'Argyll-Robertson paraît être constamment en relation avec une infection syphilitique acquise ou héréditaire.

Sans doute des observations ont été publiées dans lesquelles la syphilis était ignorée ou niée par le malade; mais ces cas sont, par rapport à ceux dans lesquels on a pu démontrer l'existence de la syphilis, en très petite minorité; 2 cas sur 25, dans la statistique de Charpentier; 2 cas sur 13, dans celle de Dufour. — Soit, en réunissant les deux statistiques, une proportion de 90 0/0 de syphilitiques avérés parmi les malades porteurs du signe d'Argyll. On sait, d'autre part, combien est fréquente la syphilis ignorée.

(1) Déjerine. *Société de Neurologie*, 3 juillet 1902.

Il ne nous est donc pas, sans doute, permis de conclure que la syphilis existe *toujours* dans les antécédents personnels ou héréditaires de ces sujets, et que le signe d'Argyll en soit (en dehors des maladies nerveuses précitées) un symptôme absolument pathognomonique.

Mais, nous tenant sur le terrain de la pratique, nous pouvons, à l'exemple de M. Vidal, considérer tout sujet porteur du signe d'Argyll comme un ancien syphilitique et agir en conséquence. Les chances d'erreur, s'il en existe, seront bien minimes, et, parmi les *stigmates de la syphilis*, acquise ou héréditaire, il n'en est guère qui trompe moins que le signe d'Argyll-Robertson.

III. — Irrégularité pupillaire

L'irrégularité pupillaire serait, d'après les travaux de MM. Joffroy et Schrameck équivalente au signe d'Argyll-Robertson; ils ne l'ont observée que « dans les affections où la motilité de l'iris va se trouver atteinte, tabes, paralysie générale, syphilis. » Ils l'ont bien rencontrée aussi chez un certain nombre de vésaniques; seulement, ajoutent-ils, d'après nos observations, il nous a semblé qu'on ne la rencontrait guère que chez les vésaniques syphilitiques. »

M. Dufour, dans son travail, a trouvé de l'irrégularité pupillaire à l'état isolé :

Sur 80 syphilitiques avérés, 5 fois.

Sur 532 sujets chez qui l'on ne pouvait déceler la syphilis, également 5 fois.

Il résulterait de ces faits que l'irrégularité pupillaire, tout en étant un symptôme bien plus fréquent chez les syphilitiques que chez les non syphilitiques, pourrait exister également chez ceux-ci.

La question est d'ailleurs posée depuis trop peu de temps pour qu'on puisse lui donner une réponse ferme; des recherches de contrôle sont pour cela nécessaires.

L'une d'elles s'impose; c'est l'étude, chez les sujets à pupilles irrégulières, du liquide céphalo-rachidien.

IV. — Inégalité pupillaire

Sa valeur, nous l'avons vu, est nulle quand elle n'est pas liée à un trouble réflexe.

V. — Troubles des réflexes tendineux

A. — **Exagération.** — Il nous faut considérer successivement *l'exagération précoce* et *l'exagération tardive*.

a) *Exagération précoce.* — Si le processus décrit par Zaroubine était absolument constant, il pourrait donner quelque indication diagnostique.

Zaroubine, dans un cas où il observait chez un malade une éruption roséolique douteuse, peu abon-

dante, de caractère mal défini et, en même temps « avec un synchronisme prodigieux » une augmentation des plus nettes de l'excitabilité réflexe, a considéré son malade comme syphilitique, et l'a traité en conséquence. L'évolution ultérieure prouva l'exactitude du diagnostic.

Mais on conçoit que la technique spéciale et délicate que nécessite ce procédé d'investigation s'oppose, d'une façon à peu près absolue, à ce qu'il puisse entrer dans le domaine de la pratique.

§. *Exagération tardive*. — L'exagération des réflexes, sans être un phénomène absolument banal, se rencontre avec une telle fréquence et dans des états morbides si nombreux (alcoolisme, essencisme, intoxications diverses, nervosisme, etc.) qu'elle ne saurait avoir la moindre valeur diagnostique.

B. — **Abolition** — L'abolition des réflexes patellaires et achilléens nous paraît, au contraire, avoir une valeur diagnostique assez considérable.

Et tout d'abord, alors que l'intensité des réflexes est très variable à l'état normal, et peut faire croire à tort à leur exagération ou à leur diminution, l'existence de ces réflexes est absolument constante chez les individus sains.

C'est là une notion classique; citons à l'appui, le travail récent de Jenö Kollartis (1), qui, chez mille

(1) Sur quelques réflexes chez l'homme sain et dans le tabes, par Jenö Kollartis. Deutsche Zeitschrift für Nervenheilkunde 1902, p. 89-114 (analysé in *Revue Neurologique*).

individus sains, a trouvé constamment les réflexes en question. Leur disparition est donc sûrement un phénomène pathologique.

Or, dans quels états morbides trouve-t-on cette disparition ?

1° Au cours des poliomyélites antérieures, des polynévrites, de la chorée, de la syringomyélie, des myélites, des méningites, c'est-à-dire d'affections nerveuses très caractérisées.

2° Au cours de certaines infections graves (fièvre typhoïde).

3° Au cours du diabète : Moyzès (1) a trouvé de l'abolition des réflexes rotuliens chez 40 0/0 et des achilléens chez 50 0/0 de ses diabétiques.

4° Au cours, enfin, de la paralysie générale et du tabes.

L'abolition du réflexe rotulien — signe de Westphall — est un des symptômes cardinaux de ces deux affections. M. Babinski a récemment montré que l'abolition du réflexe achilléen avait une valeur plus grande encore, parce qu'elle est plus constante, plus précoce, et que sa recherche, enfin, est infiniment plus aisée. Ses conclusions ont été confirmées par de nombreux auteurs.

En particulier, Godflam (2) a cité des cas dans les-

(1) Moyzès. — Recherches sur l'état des réflexes tendineux, des réflexes cutanés, des réflexes pupillaires et de quelques sensibilités viscérales profondes dans le diabète. — *Thèse*, Bordeaux 1902.

(2) De la disparition du réflexe du tendon d'Achille comme premier symptôme de tabes, et de sa signification. *Neurolog. Centralblatt*, 1^{er} sept. 1902, p. 786.

quels la disparition du réflexe du tendon d'Achille était le premier symptôme en date d'un tabes naissant, et Von Sarbo a confirmé ses conclusions (1).

Dès lors l'abolition isolée des réflexes achilléens ou patellaires chez les sujets syphilitiques, c'est-à-dire candidats au tabes et à la paralysie générale, nous apparaît avec toute sa valeur. Et, d'autre part, au cas où, chez un sujet on trouve, comme tout symptôme nerveux, en dehors des grandes infections (fièvre typhoïde et du diabète, de l'abolition des réflexes patellaires ou achilléens, on doit songer à la possibilité d'une infection syphilitique antérieure, et diriger ses recherches dans ce sens.

Le cyto-diagnostic, s'il donnait un résultat positif, fournirait à cette hypothèse un certain appoint.

VI. Signe de Babinski isolé

Nous n'avons pu en trouver qu'un cas ; la question de sa valeur diagnostique ne peut même pas se poser.

VII. Lymphocytose céphalo-rachidienne

A l'état normal, le liquide céphalo-rachidien, ainsi que l'ont établi les travaux de Widal, Sicard, etc., ne

(1) Le réflexe du tendon d'Achille et sa signification clinique. Contribution à l'étude du diagnostic précoce du tabes et de la paralysie générale par Von Sarbo. Berlin, Karger, 1903.

renferme qu'un nombre insignifiant d'éléments figurés, et si l'on trouve, en suivant la technique classique, de la lymphocytose céphalo-rachidienne, on est sûrement en présence d'un phénomène pathologique.

Or, ce phénomène ne se rencontre, — en dehors du tabes et de la paralysie générale, — qu'au cours d'un certain nombre d'états morbides bien caractérisés.

Ce sont d'abord les méningites : méningite tuberculeuse, méningite cérébro-spinale épidémique à la période de régression, les réactions méningées (1), c'est-à-dire, en somme, des méningites atténuées, au cours d'infections d'origines diverses : intestinales, broncho-pulmonaires, otitiques; qu'elles soient d'ailleurs spécifiques fièvre typhoïde ou banales. On le trouve également au cours du zona, de certaines névralgies du trijumeau (2), des hémorragies méningées anciennes.

M. René Monod (3) a démontré que les oreillons s'accompagnaient régulièrement, en dehors de tout symptôme méningitique, d'une lymphocytose céphalo-rachidienne considérable, alors que des infections beaucoup plus graves : variole (Roger et Esmonet), tuberculose, fièvre typhoïde, érysipèle de la face,

(1) Réactions méningées chez l'enfant, par René Monod. *Thèse*, Paris, 1902.

(2) Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans certains cas de névralgies du trijumeau. Pitres. *Société de Biologie*, 20 février 1904.

Névralgie du trijumeau et ponction lombaire. Sicard. *Société de Biologie*, 27 février 1904.

(3) Id. *ibid.*

pneumonie (1) n'en provoquent jamais quand il n'existe pas en même temps de réactions nerveuses cliniquement appréciables.

Les recherches entreprises dans la méningite cérébro-spinale et dans le zona (2) ont, en outre, montré que la lymphocytose céphalo-rachidienne pouvait persister plusieurs mois après la guérison apparente de l'affection qui l'aurait produite, mais qu'elle finissait par disparaître (3).

La lymphocytose céphalo-rachidienne est donc loin d'être un phénomène banal. En dehors des affections si nettement caractérisées que nous venons d'énumérer, on ne l'a rencontrée jusqu'alors réserves faites pour la blennorrhagie, si de nouvelles observations venaient s'ajouter à celle que nous avons relatée plus haut) que dans la syphilis.

Si donc un malade présente une éruption douteuse, une céphalée tenace, une angine suspecte, ou tout autre symptôme qui fait penser à la spécificité, le clinicien sera en droit de pratiquer chez lui le cyto-diagnostic céphalo-rachidien.

S'il donne un résultat négatif on n'en pourra rien conclure ; si, au contraire, la lymphocytose est nette,

(1) Widal, Sicard et Ravaut. A propos du diagnostic du tabes. *Revue Neurologique*, 1903, n° 6, p. 289.

(2) Nature, évolution et durée de la réaction méningée dans le zona, par MM. Chauffard et Froin. *Bulletin de la Soc. Méd. des Hop.*, 1902, p. 994.

(3) Labbé et Castaigne. Examen du liquide céphalo-rachidien dans deux cas de méningite cérébro-spinale terminés par guérison. *Soc. Méd. Hop.*, 29 mars 1901.

ce sera, à notre sens, un appoint considérable pour établir le diagnostic de syphilis.

Nous avons eu, pour notre part, recours dans deux cas à ce procédé ; il donna dans les deux cas un résultat positif ; mais, par une chance malencontreuse, les malades quittèrent l'hôpital dès le lendemain, en sorte que nous ne pûmes avoir confirmation du diagnostic.

OBSERVATION XVIII

(Personnelle)

Augustine Ch..., entre le 4 juin 1903, salle Cullerier, n° 35. Soignée trois mois auparavant pour un « chancre mou », elle souffre depuis cette époque de maux de tête quotidiens, presque continus, sans exacerbation nocturne, avec prédominance au niveau du sinciput.

L'examen reste entièrement négatif.

Ponction lombaire. — Lymphocytose peu abondante, mais nette ; 8-10 éléments par champ d'immersion.

OBSERVATION XIX

(Personnelle)

Suzanne S..., 22 ans, entre le 9 juillet 1903, salle Cullerier, n° 31 pour une éruption mal caractérisée, qu'elle a remarquée il y a quelques jours. Cette éruption, qui siège au bas-ventre et sur les cuisses, est formée de macules de la grandeur d'une pièce de 50 centimes, très pâles, à peine rosées, non saillantes, à contours flous, disparaissant par la pression du doigt : elle fait penser à une roséole, mais son aspect n'est pas caractéristique.

En outre, la malade accuse une légère céphalée, datant de

quelques jours, se produisant le matin au réveil, durant parfois toute la journée, mais ne troublant pas le sommeil.

Santé habituelle excellente. Pas d'antécédents morbides notables. Examen entièrement négatif. Pas de blennorrhagie.

Ponction lombaire.— Enorme lymphocytose; on compte une cinquantaine d'éléments par champ d'immersion; ils sont, par places, agglomérés en paquets.

Nous regrettons très vivement de n'avoir pu suivre ces malades. Si quelques doutes pouvaient subsister pour la première, en raison de la faible abondance de la réaction leucocytaire, nous avons posé chez la seconde, d'une façon tout à fait ferme, le diagnostic de syphilis. La syphilis, soupçonnée en raison d'une éruption fruste et de céphalées peu typiques, pouvait seule donner naissance à une lymphocytose méningée d'une telle intensité.

Nous croyons donc que la ponction lombaire pourra fournir aux syphiligraphes, comme elle fait déjà pour les neurologistes, des indications diagnostiques de premier ordre. Sans doute, il faudra se tenir à l'abri des causes d'erreur; les neurologistes, qui en font un si large emploi, le savent bien; ils se tiennent en garde contre des associations morbides (1) qui pourraient leur donner le change, et les amener à des conclusions erronées. Mais la ponction lombaire n'en conserve pas moins, pour eux, toute sa valeur.

Le diagnostic de la syphilis se fait plus souvent, comme l'a répété tant de fois le professeur Fournier,

(1) Méningite aiguë à pneumocoques chez une hérédo-syphilitique de six semaines, par M. L. Guinon. *Soc. méd. Hop.* 14 juin 1901.

sur un ensemble symptomatique que sur un symptôme unique. La précocité de son apparition, son extrême fréquence à la période secondaire, sa rareté en dehors de la syphilis, et l'allure bien caractérisée des affections qui la déterminent, font de la lymphocytose céphalo-rachidienne un signe de premier ordre, que les syphiligraphes devront s'habituer à chercher quand l'examen clinique seul n'aura pu suffire à les éclairer...

Nous sommes certain qu'il leur rendra les plus grands services.

CHAPITRE III

VALEUR PATHOGÉNIQUE ET PRONOSTIQUE, PÉRIODE DES RÉACTIONS PASSAGÈRES ET PÉRIODE DES LÉSIONS FIXES.

Jusqu'à quel point ces symptômes, dont nous venons de voir la valeur pour diagnostiquer, chez un malade, l'infection syphilitique, peuvent-ils nous renseigner sur l'état présent de son système nerveux et sur l'avenir qui lui est réservé? A quelles lésions correspondent-ils, et comment ces lésions évolueront-elles?

Il est, à notre avis, de toute nécessité, pour envisager ce problème, de scinder ces symptômes en deux groupes, correspondant eux-mêmes à deux périodes cliniques : la *période des réactions passagères* et la *période des lésions fixes*.

I. — Période des réactions passagères

Nous trouvons, en effet, au début de la syphilis, toute une série de manifestations : troubles légers des réflexes pupillaires, exagération des réflexes tendineux,

lymphocytose céphalo-rachidienne, qui présentent un ensemble de caractères communs ; ils sont :

1° *Très fréquents* ;

2° *Très précoces* ;

3° *Passagers*.

Ils coïncident avec la période où la syphilis agit comme une infection générale, retentissant sur les différents appareils de l'organisme et venant y provoquer une série de *réactions* plus ou moins caractérisées, et dont les plus considérables sont les réactions hématiques et les réactions ganglionnaires. Par leur date d'apparition, par leur caractère temporaire, ils s'en rapprochent exactement.

D'autre part, ces réactions nerveuses sont très comparables à celles qu'on observe au cours de diverses maladies infectieuses : abolition des réflexes patellaires au cours de la dothiéntérie, lymphocytose céphalo-rachidienne au cours des oreillons, pour ne citer que ces deux exemples.

Elles nous apparaissent ainsi avec leur véritable caractère : la réaction passagère d'un système de l'organisme à une infection générale, pendant la période où cette infection est la plus active et la plus virulente.

Ces réactions témoignent, d'ailleurs, d'une façon bien spéciale, de l'affinité du virus syphilitique pour les éléments du système nerveux.

Mais, si l'on peut en tirer, à ce point de vue, d'intéressantes déductions, il est, à notre avis, impossible de les utiliser pour établir, dans un cas donné,

des indications pronostiques quant à une atteinte ultérieure du système nerveux.

Il suffit, pour s'en convaincre, de rapprocher leur extrême fréquence de la rareté relative des accidents nerveux de la syphilis ; 40 0/0 des syphilitiques secondaires présentent de la lymphocytose céphalo-rachidienne ; à peine 1 0/0, d'après Reumont (1), deviennent tabétiques ; un moins grand nombre encore fait de la paralysie générale, ou de la syphilis cérébrale ou médullaire en foyer.

Ces réactions constituent donc, chez les syphilitiques, un phénomène banal, ne donnant aucun renseignement sur le développement possible, dans un temps plus ou moins éloigné, de localisations nerveuses fixes.

Nous ne savons rien — à part la présence d'éléments figurés dans le liquide céphalo-rachidien — des *phénomènes anatomo-pathologiques* auxquels elles correspondent. Mais, en raison des considérations que nous venons de présenter, nous avons toutes raisons de croire qu'elles traduisent des lésions très légères, très bénignes, et essentiellement réparables.

II. — Période des lésions fixes

La période des lésions fixes s'oppose point par point à la période des réactions passagères. Ces lésions ont pour caractères communs d'être :

1° relativement *rare*s ;

(1) Reumont, Syphilis und Tabes Dorsalis, Aix-la-Chapelle, 1881 (cité par Nonne).

2° beaucoup plus *tardives* ;

3° essentiellement *fixes*.

Le symptôme le plus typique et le mieux étudié à ce point de vue est le signe d'Argyll-Robertson, avec la lymphocytose qui l'accompagne. Nous avons vu que le signe d'Argyll persistait indéfiniment, et que, dans tous les cas publiés (sauf dans un) il s'accompagnait de lymphocytose céphalo-rachidienne. Ce symptôme a nécessairement la même fixité que le premier ; au cas contraire on l'eût trouvé tantôt présent, tantôt absent.

A côté du signe d'Argyll viennent se ranger l'abolition des réflexes patellaires et achilléens, également *rares, tardifs* et *fixes*. Quant aux autres troubles réflexes, exagération des réflexes tendineux, signe de Babinski, nous n'en connaissons que des cas isolés, qui n'ont pas été suivis ; extrêmement *rares*, ils étaient également très *tardifs*, mais nous ignorons s'ils sont ou non *persistants*.

Nous n'envisagerons donc ici que le signe d'Argyll avec sa lymphocytose, et l'abolition des réflexes tendineux.

Depuis les communications de M. Babinski sur le signe d'Argyll et sur le réflexe du tendon d'Achille, un très grand nombre de faits afférents à cette question ont été publiés ; la parenté, les connexions étroites de ces symptômes avec le tabes et la paralysie générale ont été pleinement mis en lumière, et, n'ayant aucune contribution personnelle à apporter

sur ce point, nous nous reprocherions d'y insister longuement.

On sait maintenant que le signe d'Argyll et l'abolition des réflexes tendineux peuvent persister indéfiniment à l'état isolé mais qu'ils peuvent également être les symptômes précurseurs d'un tabes ou d'une paralysie générale, qui se développe ultérieurement, au bout d'un temps plus ou moins long.

Le pronostic de l'abolition des réflexes tendineux et du signe d'Argyll-Robertson sera donc fort réservé ; sur 12 malades suivis par M. Polguère (1), 2 sont devenus paralytiques généraux, 5 tabétiques et 5 ne présentent, depuis un laps de temps variant entre 6 et 14 ans, aucun autre symptôme nerveux.

On devra, à notre avis, pour fixer ce pronostic, tenir un très grand compte de l'époque à laquelle on constate le signe d'Argyll ou l'abolition des réflexes tendineux, et être d'autant plus prudent dans ses prévisions que le malade sera plus rapproché du début de sa syphilis.

Nous savons, en effet, que la paralysie générale et le tabes surviennent en règle entre la sixième et la quinzième année de la syphilis, souvent d'une façon plus précoce 11 fois sur 166 au cours de la première année (2), rarement d'une façon beaucoup plus tar-

(1) L'abolition du réflexe pupillaire dans la syphilis avec myosis permanent, par M. Polguère, *Soc. de Neurologie de Paris*, 7 mai 1903.

(2) Etude des cas de tabes dorsalis à la clinique du professeur Allen Starr, à l'Université de Colombie, par Allan Blair Bonar *The Journal of Nervous and Mental diseases*, 1901, n° 5, p. 259.

dive. On a pu citer un cas de tabes survenu cinquante ans après l'infection syphilitique (1); ce sont là des faits rarissimes, puisque l'intervalle le plus grand observé par M. Déjerine, au cours d'une longue pratique, entre le début de la syphilis et le début du tabes a été de trente-huit ans (2).

Si donc on trouve le signe d'Argyll-Robertson, ou l'abolition des réflexes tendineux chez un syphilitique infecté depuis un petit nombre d'années, le pronostic devra être extrêmement réservé; il s'améliorera à mesure qu'on s'éloignera du début de l'infection.

Il est, en effet, certain, comme le fait remarquer M. Dufour (3), qu'avec le temps la syphilis du système nerveux à formes de tabes est de moins en moins envahissante, et il y a bien peu de chances pour que des syphilitiques infectés depuis vingt-cinq, trente, quarante ans, et porteurs du signe d'Argyll-Robertson fassent encore du tabes ou de la paralysie générale.

Les *documents anatomo-pathologiques* nous font entièrement défaut sur l'abolition isolée des réflexes tendineux.

Par contre, nous possédons la relation de deux autopsies de malades présentant l'un (4) le signe

(1) Maurice Chiray et René Cornélius. Un cas de tabes survenu cinquante ans après l'infection syphilitique. *Soc. de Neurol.*, 4 juin 1903.

(2) Id. Ibid.

(3) Dufour. — *Loc. cit.*

(4) Signe d'Argyll-Robertson. Examen microscopique de la moelle. Tabes fruste, par M. Henri Dufour. *Soc. de Neurol.*, 4 déc. 1902.

d'Argyll-Robertson bilatéral et isolé, l'autre et un signe d'Argyll unilatéral, avec abolition des réflexes rotuliens. Voici le résumé de ces deux observations.

OBSERVATION XX

(Résumée¹)

Cuisinier de 44 ans, alcoolique et tuberculeux. Inégalité pupillaire ; la pupille droite est en myosis ; Argyll-Robertson bilatéral.

Aucun autre signe de tabes ; lymphocytose céphalo-rachidienne. Mort par tuberculose pulmonaire.

Autopsie. — Poumons, broncho-pneumonie caséuse disséminée. Cerveau, moelle, nerfs craniens, aucune lésion macroscopique.

Examen microscopique. — Aucune lésion notable sauf au niveau de la VI^e dorsale. « Deux fascicules de la partie postérieure sont sclérosés, détruits ; il s'agit d'un cas de tabes fasciculaire. A ce niveau la méninge arachnoïdo-peimérienne est assez développée dans la circonférence postérieure, et est constituée par des tractus conjonctivo-vasculaires qui entourent la racine dégénérée, et qui ont certainement une origine ancienne.

Il y a aussi un léger épaissement dans la région sacrée.

On note à ces mêmes régions une infiltration disséminée de leucocytes dans l'épaisseur des méninges, avec une prédilection en certains endroits pour les zones périvasculaires. » « En résumé chez ce malade; porteur du seul signe d'Argyll-Robertson, l'examen de la moelle montre néanmoins qu'il s'agit d'un tabes fruste, à type méningitique et fasciculaire,

(1) Insuffisance aortique avec troubles pupillaires. Tabes fruste et incipiens contrôlé par l'examen de la moelle, par M. Henri Dufour, *Soc. Méd. Hop.*, 5 février 1904.

comparable à certains égards avec les cas de tabes uniradiculaires publiés par M. Nageotte (1).

OBSERVATION XXI

(Résumée)

Femme, 51 ans; nie la syphilis, mais son mari est syphilitique et paralytique général.

Les réflexes rotuliens sont abolis des deux côtés. Les pupilles réagissent bien à l'accommodation. Seule, la pupille droite ne réagit pas à la lumière; la pupille gauche réagit, mais lentement.

Aucun autre signe de tabes. Insuffisance aortique. Galop cardiaque. Albuminurie.

Pleuro-pneumonie. Mort.

Autopsie. — Pleuro-pneumonie. Insuffisance aortique. Aucune lésion macroscopique des centres nerveux.

Examen microscopique. — Il existe des lésions de sclérose des cordons postérieurs depuis la région supérieure jusqu'à la région sacrée. La sclérose se trouve au minimum à la région sacrée; dans les parties supérieures elle n'envahit pas le cordon de Goll. Elle se distribue tout le long de la moelle, sous forme de bandelette externe, dite de Pierret, et suivant les étages, se différencie suivant des prolongements de dispositions particulières, mais classiques.

Tabes uniradiculaire dans le premier cas, tabes fruste dans le second, telles sont les lésions trouvées, chez ces sujets par M. Dufour. En est-il de même

(1) Nageotte. — Etude sur un cas de tabes uniradiculaire chez un paralytique général. *Rev. Neurol.*, 1895.

chez tous les malades porteurs du signe d'Argyll-Robertson ?

Nous pouvons, dès maintenant, conclure par la négative. M. Déjerine (1), a, en effet, rapporté le cas d'un vieillard porteur du signe d'Argyll bilatéral, et ne présentant aucune lésion des racines et des cordons postérieurs.

Il faut attendre la publication de nouveaux faits pour savoir avec quelle fréquence on trouve, chez les malades porteurs du signe d'Argyll, des lésions de racines et des cordons postérieurs.

Les cas publiés par M. Dufour n'en viennent pas moins montrer, d'une façon très frappante, les relations du signe d'Argyll avec les altérations de la moelle ressortissant au tabes.

*
*
*

S'il convient de distinguer parmi les phénomènes nerveux latents de la syphilis, ceux qui ressortissent à la période des réactions passagères, et ceux qui ressortissent à la période des lésions fixes, il convient également d'ajouter que cette distinction ne saurait être absolue. Il est infiniment probable que, chez certains sujets, chez ceux, par exemple, qui font du tabes d'une façon très précoce, il existe, entre les deux périodes, une transition insensible; peut-être certains syphilitiques ont-ils présenté, depuis leur roséole jusqu'au moment où l'on constate, chez eux,

(1) *Soc. de Neurol.* 4 déc. 1902.

un tabes confirmé, une lymphocytose constante de leur liquide céphalo-rachidien. Seules, des observations suffisamment suivies pourraient nous l'apprendre.

Il s'agit donc, nous le répétons, d'une division commode, répondant à la majorité des cas, mais qui, par le fait même qu'elle est schématique, ne saurait s'appliquer exactement à tous.

Elle ressemble beaucoup à la division classique de la syphilis en périodes secondaire et tertiaire, et lui correspond assez exactement. Légères, bénignes, spontanément curables, multiples, les réactions passagères rappellent les accidents secondaires, cutanés ou muqueux ; rares, profondes, définitives, les lésions fixes sont bien comparables aux manifestations de la syphilis tertiaire.

Mais il existe un tertiarisme précoce, des lésions secundo-tertiaires. Une étude approfondie de la syphilis nerveuse latente montrera certainement, entre ses diverses périodes, des intermédiaires et des transitions analogues.

CHAPITRE IV

INDICATIONS THÉRAPEUTIQUES ET PROPHYLACTIQUES

La constatation de symptômes de syphilis nerveuse latente comporte des indications thérapeutiques découlant :

1° de l'existence même de la syphilis ;

2° de sa localisation sur le système nerveux.

Sur les premières, il nous paraît inutile d'insister ; en permettant de poser, dans certains cas difficiles, le diagnostic étiologique, ils mettront le médecin à même d'appliquer, suivant un mode essentiellement lié aux accidents concomitants, le traitement spécifique.

Les indications tirées de la localisation du virus syphilitique sur le système nerveux sont beaucoup plus délicates. Ici encore il nous faut considérer séparément les *réactions passagères* et les *lésions fixes*.

I. Réactions passagères

Les réactions passagères, essentiellement banales, et sans signification pronostique, ne comportent

aucune indication thérapeutique spéciale. Tout au plus la lymphocytose céphalo-rachidienne abondante, compagne habituelle des manifestations cutanées profondes et persistantes, pourra-t-elle engager le syphiligraphe à faire un traitement particulièrement intense ; il y sera d'ailleurs conduit par ces manifestations elles-mêmes.

II. Lésions fixes

Les lésions fixes (signe d'Argyll-Robertson, abolition des réflexes tendineux) indiquent au contraire une syphilis à élection nerveuse. Le malade qui en est porteur, exception faite pour les cas de syphilis très ancienne, est un candidat au tabes et à la paralysie générale : il convient d'instituer chez lui un traitement énergique et prolongé.

Cela, du moins, si l'on peut faire fond sur le traitement pour empêcher le développement de ces affections.

Nous touchons là à une question extrêmement importante, extrêmement controversée : celle de la *thérapeutique spécifique dans le tabes et la paralysie générale*.

Nous n'entendons pas la discuter ici, et nous nous contenterons de rappeler que, encore que certains neurologistes déniaient toute action au traitement spécifique, et, ne voyant que ses inconvénients, s'abstiennent de le prescrire, la plupart sont d'accord pour lui reconnaître une influence favorable.

Sur l'intensité et les limites de cette action com-

mencent les discussions. Tandis que certains auteurs (Joffroy, Nonne) restent très sceptiques sur les résultats obtenus, la plupart (Brissaud, Marie, Raymond, Babinski, Grasset, Déjerine, Dinckler, 1 Lemoine (2) ont en lui une réelle confiance. Ils notent sous son influence l'atténuation ou la disparition des différents symptômes que présentent tabétiques et paralytiques généraux, troubles de la sensibilité, incoordination motrice, paralysies oculaires, troubles viscéraux, troubles de la parole, troubles mentaux, etc., etc. Certains vont (3) jusqu'à prononcer le mot de guérison.

Tous, d'ailleurs, sont d'accord sur le point suivant : les résultats sont d'autant meilleurs que les tabes ou la paralysie générale sont moins anciens.

Les sujets dont la syphilis nerveuse est encore latente se trouvent donc dans des conditions idéales pour bénéficier d'un traitement qui, chez eux, deviendrait plus *prophylactique* que *curatif*.

Il faudrait, d'ailleurs, pour que la prophylaxie fût complète, leur prescrire en même temps une *hygiène* convenable, et les mettre en garde contre les intoxications (éthylisme), les excès génitaux, le surmenage qui jouent, dans la genèse du tabes et de la paralysie générale, un rôle si important.

Une telle pratique apporterait d'ailleurs une con-

(1) Dinckler, Ueber die Berechtigung und die Wirkung der Quecksilberkuren bei Tabes Dorsalis *Berl. Klinisch. Wochenschr.* 1893.

(2) Lemoine. Résultats du traitement mercuriel intensif appliqué à la paralysie générale et au tabes. *Revue Neurologique*, 30 juillet 1902.

(3) Leredde : Nature syphilitique et curabilité du tabes et de la paralysie générale. Paris, 1903.

tribution de premier ordre à la question de l'arrêt, par la thérapeutique spécifique, des *affections nerveuses syphilogènes*, en permettant de comparer leur évolution chez les sujets qui suivraient exactement le traitement, et chez ceux qui négligeraient de s'y soumettre.

Ces recherches devront être poursuivies chez nombre de malades, et pendant de longues années. En attendant, et pour nous tenir sur le terrain de la pratique, il serait, selon nous, à souhaiter que tout médecin qui soigne un syphilitique l'examinât à intervalles réguliers, par exemple chaque année, ou chaque six mois, et vérifiât l'état de ses réflexes. Il pourrait ainsi, du moins dans certains cas, saisir les premiers symptômes du mal, et arriverait peut-être, suivant l'expression du professeur Fournier, à « le guérir en germe ».

CONCLUSIONS

Le virus syphilitique retentit, avec une extrême fréquence sur le système nerveux. Mais il ne produit que chez quelques sujets des affections caractérisées : chez beaucoup les troubles qu'il engendre restent latents, et demandent à être recherchés d'une façon méthodique.

On arrive ainsi à déceler chez ces sujets des troubles pupillaires, des troubles des réflexes tendineux et du réflexe cutané plantaire, de la lymphocytose céphalo-rachidienne.

Les *troubles pupillaires* sont : de l'irrégularité de l'orifice pupillaire, et des troubles réflexes.

L'*irrégularité pupillaire*, indice d'une asynergie de l'innervation irienne, est étroitement liée aux troubles réflexes ; elle peut les précéder et en faire prévoir l'apparition.

Les *troubles réflexes* peuvent affecter isolément le réflexe accommodateur et le réflexe photomoteur, ou les atteindre tous deux ; toutes les combinaisons sont possibles, mais la plus fréquente, de beaucoup, est l'abolition ou l'atténuation du réflexe lumineux,

avec conservation du réflexe accommodateur : signe d'Argyll-Robertson.

Les troubles des réflexes pupillaires appartiennent à toutes les périodes de syphilis acquise ou héréditaire.

Leur intensité, absolument variable, va de la plus légère atteinte, décelable seulement par des procédés spéciaux, jusqu'à l'abolition absolue.

En règle, les troubles légers s'observent dans les premiers temps de la syphilis, et sont fugaces ; les troubles intenses apparaissent beaucoup plus tard, et restent permanents.

Les troubles réflexes s'accompagnent d'une façon presque constante de lymphocytose céphalo-rachidienne ; cette lymphocytose, permanente dans les troubles permanents paraît temporaire dans les troubles temporaires.

L'inégalité pupillaire, lorsqu'elle n'est pas due à des troubles réflexes, ne saurait être imputée à la syphilis.

Les réflexes tendineux (achilléens et patellaires) peuvent être, au cours de la syphilis, exaltés d'une façon précoce, exaltés d'une façon tardive, ou abolis.

L'exaltation précoce, très fréquente, est contemporaine de la roséole ; elle dure quelques jours seulement, est suivie d'une chute au-dessous de la normale, puis d'un retour à celle-ci.

L'exaltation tardive est très rare.

L'abolition, rare, est également tardive et permanente.

La recherche du *réflexe plantaire* peut montrer, d'une façon absolument isolée, l'existence du signe de Babinski (extension des orteils).

La *lymphocytose céphalo-rachidienne* appartient à toutes les périodes de la maladie.

Chez les syphilitiques secondaires, elle est très fréquente (40 0/0) et constitue généralement un symptôme nerveux isolé.

Chez les syphilitiques tertiaires, elle est infiniment plus rare, et s'accompagne presque toujours d'autres symptômes nerveux.

Tous les signes que nous venons d'énumérer : troubles pupillaires, troubles des réflexes tendineux, et cutanés plantaires, lymphocytose céphalo-rachidienne, peuvent exister *isolément*, ou former les *combinaisons* les plus variées.

Ils peuvent également *s'associer à d'autres manifestations spécifiques* : la lymphocytose céphalo-rachidienne secondaire marche de pair avec des lésions cutanées intenses ; ses rapports avec la céphalée sont beaucoup moins prouvés. Enfin, l'on a signalé la coexistence d'aortites chroniques avec des troubles des réflexes pupillaires et tendineux (syndrome de Babinski), sans qu'on puisse d'ailleurs rien en conclure, sinon leur origine syphilitique commune.

Les symptômes que nous venons d'énumérer peuvent apporter, au *diagnostic de la syphilis*, un appoint considérable.

L'un d'entre eux, le signe d'Argyll-Robertson a la valeur, en dehors de quelques affections nerveuses rares, d'un véritable *stigmat* de syphilis; de même, dans certaines conditions, élimination faite des états morbides connus et caractérisés qui la produisent habituellement, la lymphocytose céphalo-rachidienne de la période secondaire. La signification diagnostique de l'irrégularité pupillaire, de l'abolition des réflexes patellaires et achilléens est moindre, mais encore notable. Celle des autres signes est très faible.

On peut classer les symptômes de la syphilis nerveuse latente et les répartir en deux périodes : *période des réactions passagères* et *période des lésions fixes*.

Les *premières* : lymphocytose secondaire, troubles légers et fugaces des réflexes pupillaires, exagération temporaire des réflexes tendineux, ont comme triple caractère d'être *fréquentes, précoces et passagères*.

Survenant au moment où l'infection est la plus virulente, elles sont très comparables au point de vue *pathogénique*, d'une part, aux réactions générales qui se produisent dans la syphilis, à une époque à peu près contemporaine ; d'autre part, aux réactions nerveuses qu'on observe au cours d'autres infections.

Leur signification *pronostique* est nulle, et elles ne comportent aucune *indication thérapeutique* particulière.

Les *secondes, lésions fixes*, sont : le signe d'Argyll-Robertson avec la lymphocytose qui l'accompagne, et l'abolition des réflexes tendineux. Ce groupe s'oppose, point par point, au précédent : les symptômes qui le constituent sont, en effet, *rare*s, *tardifs* et *permanents*.

Indices, comme le prouvent certains examens anatomo-pathologiques, d'une localisation fixe sur le système nerveux, menace de tabes ou de paralysie générale, ils comportent une *signification pronostique* très réservée, sauf dans les cas où l'infection est extrêmement ancienne.

Ils nécessitent un *traitement spécifique* intense et prolongé et l'observation d'une hygiène convenable. La valeur de ce traitement, — véritable essai de prophylaxie du tabes et de la paralysie générale, — n'est pas entièrement fixée. Il serait cependant à souhaiter que le médecin qui soigne un syphilitique fasse, à intervalles éloignés, l'examen de ses réflexes, afin de pouvoir l'y soumettre, le cas échéant.

Vu :

Le Président :
HUTINEL.

Vu :

Le Doyen :
DEBOVE.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Vice-recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD.

BIBLIOGRAPHIE

- ALLAN BLAIR BONAR. — Etude des cas de tabes dorsalis à la clinique du professeur Allen Starr. — *The Journal of Nervous and mental diseases*, 1904. N° 5, p. 259.
- BABINSKI. — De l'épilepsie spinale. *Société de Neurologie*, 15 janvier 1903.
- Sur les scléroses combinées. *Congrès de Médecine de Paris*, 1900.
- *Société de Neurologie*, 4 décembre 1901.
- Des troubles pupillaires dans les anévrysmes de l'aorte. *Société médicale des Hôpitaux*, 8 novembre 1901.
- BABINSKI ET NAGEOTTE. — Contribution à l'étude du cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les affections nerveuses. *Société médicale des hôpitaux*, 24 mai 1901.
- *Société médicale des hôpitaux*, 17 mai 1901.
- BEAUCHESNE. — Relations entre les lésions de l'aorte et les troubles de la pupille. *Thèse*. Paris 1902.
- BELÈTRE. — La ponction lombaire chez les syphilitiques. *Thèse*, Paris 1902.
- BINET. — *Journal de la Neurologie*, 20 avril 1901.
- BOUDINSKI. — De l'inégalité pupillaire chez les aortiques. *Thèse*, Paris 1903.
- CESTAN ET DUPUY-DUTEMPS. — Le signe pupillaire d'Argyll-Robertson. Sa valeur séméiologique. Ses relations avec la syphilis. *Gazette des hôpitaux*, 28 décembre 1901.

CHARPENTIER. — Relations entre les troubles des réflexes pupillaires et la syphilis. *Thèse*, Paris 1899.

CHAUFFARD ET FROIN. — Nature, évolution et durée de la réaction méningée dans le zona. *Bulletins de la Société médicale des hôpitaux*, 1902, p. 994.

CHIRAY ET CORNELIUS. — Un cas de tabes survenu cinquante ans après l'infection syphilitique. *Société de Neurologie*, 4 juin 1903.

DÉCHY. — Le signe d'Argyll-Robertson et la cytologie du liquide céphalo-rachidien. *Thèse*, Paris 1902.

DÉJERINE. — Séméiologie du système nerveux. In *Traité de pathologie générale*,

DINCKLER. — Ueber die Berechtigung und die Wirkung der Quecksilberkuren bei tabes Dorsalis. *Berliner Klinische Wochenschrift*, 1893.

DUFOUR. — Relations existant entre les troubles pupillaires, la syphilis et certaines maladies nerveuses (tabes et paralysie générale). *Société médicale des hôpitaux*, 13 juin 1902.

— *Société de Neurologie*, 13 mars 1902.

— Signe d'Argyll-Robertson. Examen microscopique de la moelle, tabes fruste. *Société de Neurologie*, 4 déc. 1902.

— Insuffisance aortique avec troubles pupillaires. Tabes fruste et incipiens contrôlé par l'examen de la moelle. *Société médicale des hôpitaux*, 5 février 1904.

DUPRÉ ET DEVAUX. — Cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des hôpitaux*, 1901, p. 572.

FINGER. — *Vierteljahr. Zeits. für Dermatol. und syph.*, 1881, p. 255.

FRENKEL. — Étude sur l'inégalité pupillaire dans les maladies et chez les personnes saines. *Revue de médecine*, 1897, n° 10, 1898, n°s 2 et 6.

GODEFLAM. — De la disparition du réflexe du tendon d'Achille comme premier symptôme de tabes, et de sa signification. *Neurologische. Centralblatt*, 1902, p. 786.

GUINON. — Méningite aiguë à pneumocoque chez une hérédosyphilitique de six semaines. *Société médicale des hôpitaux*, 14 juin 1901.

HEDDEUS. — Die pupillen-reaction auf Licht. Wiesbaden 1886.

HEITZ ET ROCHON-DUVIGNAUD. — Recherches cliniques sur les modalités des troubles pupillaires chez les tabétiques. *Archives générales de médecine*, 1903, p. 175.

IVANOFF. — Wratch, 1887, p. 164.

JOFFROY ET SCHRAMECK. — Des rapports de l'irrégularité pupillaire et du signe d'Argyll-Robertson. *Société de Neurologie*, 13 mars 1902.

KOLLARTIS. — Sur quelques réflexes chez l'homme sain et dans le tabes. *Deutsche. Zeitschrift für Nervenheilkunde*, 1902, p. 82.

LABBÉ ET CASTAIGNE. — Examen du liquide céphalo-rachidien dans deux cas de méningite cérébro-spinale terminés par guérison. *Société médicale des hôpitaux*, 29 mars 1901.

LEMOINE. — Résultats du traitement mercuriel intensif appliqué à la paralysie générale et au tabes. *Revue neurologique*, 30 juillet 1902.

LEREDDE. — Nature syphilitique et curabilité du tabes et de la paralysie générale, Paris, 1903.

MAILLARD. — De la valeur du cyto-diagnostic céphalo-rachidien dans les cas douteux de paralysie générale. *Thèse*, Bordeaux, 1901.

MANTOUX. — Intermittences du signe d'Argyll-Robertson dans le tabes. Crises gastriques concomitantes. *Presse Médicale*, 28 décembre 1901.

MARIE ET CROUZON. — Quelques résultats de l'examen du liquide céphalo-rachidien chez les tabétiques. *Société Médicale des Hôpitaux*. 1901.

MARIE ET GUILLAIN. — Céphalée de la période secondaire de la syphilis rapidement améliorée par la ponction lombaire. *Société Médicale des Hôpitaux*, 1902.

MONOD. — Les éléments figurés du liquide céphalo-rachidien au cours du tabes et de la paralysie générale. *Société Médicale des Hôpitaux*, 11 janvier 1901.

MONOD. — Réactions méningées chez l'enfant. *Thèse*, Paris, 1902.

MOYZÈS. — Recherches sur l'état des réflexes cutanés, des réflexes pupillaires, et de quelques sensibilités viscérales profondes dans le diabète. *Thèse*, Bordeaux 1902.

NAGEOTTE. — Etude sur un cas de tabes uniradiculaire chez une paralytique générale. *Revue Neurologique*, 1895.

NAXÈRA. — L'inégalité pupillaire au point de vue diagnostic. *Sbornik Lek*, 1900.

NONNE. — Syphilis und Nervensystem. Berlin, *Karger*, 1902.

PITRES. — Lymphocytose du liquide céphalo-rachidien dans certaines névralgies du trijumeau. *Société de Biologie*, 20 février 1904.

POLGUÈRE. — De l'abolition des réflexes pupillaires dans la syphilis avec myosis permanent. *Société de Neurologie de Paris*, 7 mai 1903.

RAVAUT. — Etude cytologique du liquide céphalo-rachidien chez les syphilitiques. *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1903.

RAVAUT. — Le liquide céphalo-rachidien des syphilitiques en période secondaire. *Société Médicale des Hôpitaux*, 9 octobre 1903.

RECHE. — Ueber die Pupillenumgleichheit. *Deutsch. Medecin. Wochenschr.* 1893.

REUMONT. — Syphilis und tabes dorsalis. Aix-la-Chapelle 1881.

SÉGLAS ET NAGEOTTE. — Cyto-diagnostic du liquide céphalo-rachidien dans les maladies mentales. *Société médicale des Hôpitaux*, 5 juin 1901.

SICARD. — Le liquide céphalo-rachidien.

SICARD. — Névralgie du trijumeau et ponction lombaire. *Société de Biologie*, 24 février 1904.

SICARD ET MONOD. — Examen histologique du liquide céphalo-rachidien dans les méningo-myélites. *Société médicale des hôpitaux*, 18 janvier 1901.

SICARD ET RAVAUT. — Cytologie du liquide céphalo-rachidien dans quelques processus méningés chroniques. *Société médicale des hôpitaux*, 11 janvier 1901.

SULZER. — Des symptômes pupillaires précoces dans la syphilis acquise. *Annales de Dermatologie et de syphiligraphie*, 1901, p. 239.

THIBIERGE ET RAVAUT. — Paralysie faciale à la période secondaire de la syphilis. Lymphocytose considérable du liquide céphalo-rachidien. — *Société médicale des hôpitaux*, 21 novembre 1901.

TZVIAGUINTZEW. — Sur la grandeur relative des pupilles chez l'homme sain. *Rousskaïa Medizina*, 1891.

VON SARBO. — Le réflexe du tendon d'Achille et sa signification clinique. Contribution à l'étude du diagnostic précoce du tabes et de la paralysie générale. Berlin, *Karger*, 1903.

WIDAL. — *Société médicale des Hôpitaux*, 14 février 1901.

WIDAL ET LEMIERRE. — Lymphocytose méningée dans l'hémiplégie syphilitique. — *Société médicale des Hôpitaux*, 15 mai 1903.

WIDAL ET LEMIERRE. — *Société médicale des Hôpitaux*, 31 juillet 1902.

WIDAL, SICARD ET RAVAUT. — A propos du diagnostic du tabes. *Revue Neurologique*, 1903, p. 289.

ZARUBINE. — Le réflexe tendineux du genou dans l'éruption primitive de la syphilis. — *Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie*, 1893, p. 814.

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
INTRODUCTION. — Syphilis et système nerveux.	
— Syphilis nerveuse latente.	7
CHAPITRE I. — Symptômes.	22
I. Symptômes isolés	22
A. Troubles pupillaires	22
α) Troubles des réflexes pupil- lares.	23
β) Irrégularité pupillaire	39
γ) Inégalité pupillaire	42
B. Troubles des réflexes tendineux .	49
α) Exagération précoce des réflexes	50
β) Exagération tardive des réflexes	51
γ) Abolition des réflexes	52
C. Signe de Babinski.	56
D. Lymphocytose céphalo-rachidienne	57
II. Associations symptomatiques.	60
A. Association des symptômes entre eux	60
α) Troubles pupillaires complexes	60
β) Troubles pupillaires et lympho- cytose céphalo-rachidienne .	61

	Pages
γ) Exagération des réflexes tendi- neux et lymphocytose . . .	62
δ) Abolition des réflexes tendi- neux et lymphocytose . . .	62
ε) Abolition des réflexes achilléens et signe de Romberg . . .	63
ζ) Signe d'Argyll et abolition des réflexes tendineux . . .	63
B. Association avec d'autres manifes- tations spécifiques . . .	63
α) Céphalée et lymphocytose . .	63
β) Lésions cutanéomuqueuses et lymphocytose . . .	65
γ) Lésions aortiques et syphilis nerveuse latente . . .	65
δ) Coïncidence de syphilis ner- veuse latente et d'autres ma- nifestations spécifiques . .	67
CHAPITRE II. — Diagnostic . . .	70
I. Troubles légers et fugaces des réflexes pupillaires (type Sulzer). . .	70
II. Troubles réflexes intenses : signe d'Ar- gyll-Robertson . . .	73
III. Irrégularité pupillaire . . .	74
IV. Inégalité pupillaire . . .	75
V. Troubles des réflexes tendineux . . .	75
A. Exagération . . .	75
B. Abolition . . .	76
VI. Signe de Babinski isolé . . .	78
VII. Lymphocytose céphalo-rachidienne . .	78
CHAPITRE III. — Valeur pathogénique et	

	Pages
pronostique. — Période des réactions passagères et période des lésions fixes	84
I. Période des réactions passagères	84
II. Période des lésions fixes	85
CHAPITRE IV. — Indications thérapeutiques et prophylactiques	94
CONCLUSIONS	99
BIBLIOGRAPHIE	105